

N° :
Note :

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE
ARTS PLASTIQUES AUPRÈS DE PERSONNES ALCOOLO-
DÉPENDANTES**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Madeline Flocard

Année 2014

Sous la direction de
Mireille Weinland
Plasticienne et professeure honoraire
Paris 1 Panthéon- Sorbonne

Lieu de stage
CHS la Chartreuse
1, boulevard Chanoine Kir
21000 DIJON

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Richard Forestier ainsi que tous les professionnels intervenus pendant ces deux années de formation, pour leurs enseignements riches, leurs conseils, et pour m'avoir donné l'envie de poursuivre dans cette voie.

Je remercie ma maître de stage Agnès Sba, et toute l'équipe professionnelle de l'Unité Eole du CHS la Chartreuse, pour m'avoir fait confiance, pour leurs partages, leur accueil et pour tout ce qu'elles m'ont appris.

Je remercie les patients de l'Unité Eole, pour m'avoir accueillie parmi eux durant leur cure et pour avoir participé à ma première expérience pratique d'Art-thérapie, pour leur gentillesse et leur confiance.

Je remercie ma directrice de mémoire Mireille Weinland, pour sa patience, ses encouragements, sa gentillesse et sa disponibilité.

Je remercie ma famille qui m'a permise de poursuivre mes études et qui a su m'apporter aide et soutien lors de mes moments de doutes.

Je remercie mes camarades de promotion 2011-2013 pour leur enthousiasme, leurs partages et les expériences vécues ensemble.

Enfin, je remercie mes amis, et particulièrement Céline, Sonia, Alexandre, et Margot pour leurs encouragements, leur soutien inconditionnel, leurs conseils et leur amitié.

Pour l'aboutissement de ce travail, merci infiniment.

PLAN

REMERCIEMENTS	0
GLOSSAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE : L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER LES PERSONNES ALCOOLO-DÉPENDANTES À AMELIORER LEUR QUALITÉ EXISTENTIELLE	9
A) Une personne alcoolo-dépendante connaît des perturbations psychiques, somatiques et sociales, engendrant l'isolement, le repli sur soi, ainsi qu'une perte des gratifications sensorielles	9
1/ La pathologie alcoolique n'a été nommée que récemment	9
2/ La dépendance à l'alcool implique des modifications physiologiques importantes.....	13
3/ La dépendance à l'alcool indique une souffrance psychologique et la renforce	14
4/ Le corps* moteur d'une personne alcoolo-dépendante est désinvesti.....	15
5/ La souffrance liée à l'alcoolo-dépendance entraîne la dévalorisation de soi et la perte du lien social	15
6/ Des soins peuvent être apportés aux personnes alcoolo-dépendantes	16
B) Les arts plastiques sont une activité artistique qui favorise l'expression et les gratifications sensorielles	17
1/ Les arts plastiques s'inscrivent dans l'Art de la Beauté.....	17
2/ Les arts plastiques sont une activité qui impliquent les mécanismes d'impression et d'expression	17
3/ Les arts plastiques exposent au monde extérieur, le monde intérieur de l'être humain à travers une production.....	18
4/ Les arts plastiques stimulent la sensorialité.....	18
5/ Les arts plastiques nécessitent l'apprentissage de techniques et savoir-faire précis.....	19
6/ L'argile bénéficie de propriétés intéressantes et de connotations positives.....	19
C) L'Art-thérapie à dominante Arts plastiques peut permettre aux personnes alcoolo-dépendantes de retrouver un regard positif sur elles-mêmes et les conduire à un mieux-être ..	20
1/ L'Art-thérapie est une discipline spécifique et originale appartenant au domaine paramédical.....	20
2/ L'Art-thérapie intègre les arts plastiques dans un processus de soin.....	20
3/ L'Art-thérapie à dominante arts plastiques stimule la sensorialité chez la personne alcoolo-dépendante	23
4/ L'Art-thérapie à dominante arts plastiques ravive l'énergie motrice et favorise le lien social	23

5/ L'Art-thérapie à dominante arts plastiques favorise la confiance en soi* par l'acquisition de nouveaux savoir-faire.....	24
---	----

DEUXIÈME PARTIE : UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE A ÉTÉ MIS EN PLACE AU SEIN DU SERVICE

ADDICTOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISÉ DE LA CHARTREUSE..... 25

A. Le projet de bonne santé* de la personne alcoolo-dépendante est permis grâce à l'organisation précise du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Chartreuse..... 25

1/ Le CHS de la Chartreuse est un établissement historique, divisé en différents pôles spécialisés.....	25
2/ L'unité Eole constitue le service addictologie du CHS de la Chartreuse	27
3/ L'unité Eole propose une prise en soin très complète des personnes alcoolo-dépendantes dans le cadre d'une cure de sevrage*	28

B. Un soin en Art-thérapie à dominante arts plastiques est établi au sein du service addictologie 32

1/ L'atelier d'Art-thérapie s'inscrit dans la dynamique de soin instaurée dans le service.....	32
2/ La stagiaire Art-thérapeute assiste au programme de sevrage* de son groupe de patients dans son intégralité	33
3/ En accord avec le groupe de curistes, l'atelier d'Art-thérapie à pour dominante principale le modelage en argile.....	33

C. Le déroulement des séances d'Art-thérapie ainsi que certains objectifs thérapeutiques sont communs à l'ensemble des patients..... 34

1/ La première séance sert d'introduction à l'atelier et permet une analyse globale du groupe et de ses besoins	34
2/ De la Séance 2 à la Séance 5 sont réalisés des masques en argile.....	35
3/ La peinture décorative devient la dominante de l'atelier à la Séance 6.....	37
4/ Une présentation des travaux du groupe a lieu en fin de cure de sevrage*	37
5/ L'évolution du groupe au cours des séances d'Art-thérapie se révèle par l'observation de différents faisceaux d'items* sous forme de tableaux et graphiques	38
6/ Un bilan de groupe est effectué par l'A.T.S* en fin de prise en soin	43

D. Une étude de cas est présentée afin de rendre compte du travail de la stagiaire Art-thérapeute au sein de l'unité 44

1/ Monsieur C. souffre d'une dépendance à l'alcool et a bénéficié de six séances d'Art-thérapie	44
a) Monsieur C. est déjà sevré lorsqu'il intègre l'unité Eole.....	44
b) L'objectif général en Art-thérapie pour ce patient est d'améliorer l'affirmation de soi* ainsi que la confiance en soi*	45
c) Les séances en Art-thérapie de Monsieur C. sont présentées selon leur déroulement, les stratégies mises en place et les observations notables	46

i.	Dès la première séance, l'A.T.S* peut cibler les différents sites d'action*	46
ii.	De la séance 2 à la séance 5, Monsieur C. réalise un masque en argile	47
iii.	En séance 6, Monsieur C. réalise la peinture décorative de son masque	51
iv.	A la dernière séance, Monsieur C. fait un bilan des séances d'Art-thérapie	52
d)	L'évolution de Monsieur C. au cours des séances d'Art-thérapie se révèle par l'observation de différents faisceaux d'items* sous forme de graphiques	52
2/	Un bilan est établi en fin de soin en Art-thérapie de Monsieur C.	56
3/	Un bilan général de la prise en soin en Art-thérapie peut être établi selon le point de vue de la stagiaire Art-thérapeute	56
TROISIÈME PARTIE : L'INTÉGRATION D'UN SOIN EN ART-THÉRAPIE DANS UN PROGRAMME DE SEVRAGE* COMPLEXE PORTE À DISCUSSION		58
A) L'Art-thérapie est une aide complémentaire significative dans la prise en soin d'un patient en sevrage* d'alcool		58
1/	L'Art-thérapie est une ouverture pour le patient, sur une autre forme de soin	58
2/	Intégrée à un plan de cure, l'Art-thérapie complète les autres disciplines médicales et paramédicales, et participe à une meilleure prise en soin du patient alcoolo-dépendant	59
3/	Le pouvoir de l'Art et ses effets bénéfiques parfois immédiats, sont un apport précieux à la prise en soin des patients alcoolo-dépendants à condition d'être gérés par un Art-thérapeute,	59
4/	De par son originalité, l'Art-thérapie suscite un intérêt positif de la part des patients ainsi que de l'équipe pluridisciplinaire	60
5/	D'autres travaux scientifiques attestent de la pertinence d'un soin en Art-thérapie auprès de personnes alcoolo-dépendantes	60
B) L'adjonction d'un atelier d'Art-thérapie n'est pas toujours pertinente dans ce type de structure		61
1/	Le cadre strict établi par le service peut être un frein au bon déroulement du soin en Art- thérapie	61
2/	Le plan de cure étant déjà très complet, l'installation d'un atelier d'Art-thérapie peut être problématique	62
3/	Le cadre temporel du plan de cure est une difficulté supplémentaire à la bonne prise en soin en Art-thérapie du patient en sevrage* d'alcool	62
C) Un tableau de synthèse récapitule les arguments présentés précédemment		63
D) Bilan : l'intégration d'un atelier d'Art-thérapie au sein d'un programme de sevrage* pour personnes alcoolo-dépendantes peut être positive, à certaines conditions		65
CONCLUSION		67
BIBLIOGRAPHIE		69
SITOGRAFIE		69

GLOSSAIRE

Les mots de ce mémoire suivis d'un astérisque sont définis dans ce glossaire. Le numéro indiqué après chaque définition correspond à l'ouvrage dont elle est issue, référencé à la fin du glossaire.

Affirmation de soi : comprend le goût* ; manifester sa personnalité. (4)

Art I : activité artistique archaïque, intuitive (4)

Art II : activité artistique sophistiquée avec intellectualisation (4)

Ataxie : absence ou difficulté de coordination des mouvements volontaires (2)

A.T.S : Art-thérapeute stagiaire

Beau : l'esthétique*, le rapport entre le fond et la forme, ce qui plaît (4)

Bien : phase d'activité impliquant action, technique et savoir-faire. (4)

Bon : induit les gratifications sensorielles ; qui amène l'intention. (4)

Bonne santé : état de complet bien-être physique, mental et social (5)

Confiance en soi : sentiment de sécurité nécessaire pour s'engager dans l'avenir. (4)

Corps : partie matérielle des êtres animés ; l'organisme humain, par opposition à l'esprit. (3)

Delirium tremens : forme clinique de confusion mentale liée au sevrage* de l'intoxication éthylique dont elle est une complication. L'onirisme (état mental comportant anxiété, illusions, hallucinations sensorielles) est surtout fait d'hallucination d'animaux (zoopsie). Le tableau biologique est dramatique, nécessitant une prise en charge en réanimation (6)

Engagement : envie d'une personne d'assumer ou de réaliser une attitude face à l'art. (4)

Esthétique : science du Beau*. (4)

Estime de soi : opinion, valeur, appréciation que l'individu se porte. (4)

Goût : faculté humaine à se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui l'entourent. (4)

Item : la plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation. (4)

Poussée corporelle (ou élan* moteur) : énergie nécessaire pour entraîner la masse corporelle(4)

Ressenti corporel : impression ou sensation physique que l'on éprouve. (3) ; auto-régulation motrice et sensorielle qui traitée par l'activité mentale produit une représentation mentale du corps* physique (4)

Sevrage : privation et désaccoutumance progressives d'alcool (3)

Sites d'action : se rapportent aux mécanismes humains défaillants (4)

Structure corporelle : organisation des segments corporels en vue d'une activité. (4)

Style : personnalité de l'auteur exprimée par et dans l'œuvre, son empreinte. (4)

(1) *Dictionnaire médical*, 6è éd. Elsevier Masson, 2009.

(2) *Le Larousse médical*, 2009.

(3) *Le Petit Robert*, Nouvelle édition millésime, 2012.

(4) R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 2009.

(5) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

(6) S.Tribolet, *Vocabulaire de santé mentale*, Paris, Editions de santé, 2006

INTRODUCTION

« Liquide incolore, volatil, inflammable, obtenu par distillation du vin ou de jus fermentés¹ »

A la lecture des premiers mots de cette phrase, on songe volontiers à l'étiquette d'un flacon de détergent ou de solvant, qu'on trouverait au rayon des produits d'entretien d'un supermarché. Pourtant, il s'agit de la définition du mot « alcool » telle qu'on peut la trouver dans un dictionnaire français, ce même liquide qui est absorbé par 9,7 millions d'usagers réguliers en France².

Le terme *alcohol* a été créé en 1586 par des alchimistes pour définir une « substance produite par distillation totale ». Il provient du mot arabe *al-kohl* qui signifie littéralement « antimoine pulvérisé ». Cela induisait déjà à l'époque le caractère défendu du produit, qui allait à l'encontre des principes religieux. Cependant, c'est souvent par la religion que l'on retrouve des rites invoquant l'usage de l'alcool. En effet, dans l'Antiquité, les fêtes dionysiaques célébraient le dieu de la fête et du vin à travers des rituels festifs et par une ivresse visant à rapprocher les Hommes du dieu Dionysos. Dans la religion chrétienne, l'ivresse peut être condamnée, mais c'est à l'occasion de l'office religieux que le prêtre boit le vin en tant que « sang du Christ ». Au moment de la guerre, l'eau-de-vie devient la « gnôle des combattants » et est appréciée pour ses effets désinhibants et anxiolytiques.

En fait, l'alcool fait partie intégrante de la culture française : les premiers ceps de vignes furent plantés 6000 ans avant notre ère, et la France est actuellement le premier pays producteur mondial de vin. C'est donc dans ce contexte culturel que la consommation d'alcool est un moyen d'intégration au sein d'un groupe, d'une collectivité. Tout comme on offre le cigare pour conclure une affaire, on sabre le champagne pour fêter un heureux événement, et l'on aime boire du vin pour accompagner le repas quotidien. Il existe de nombreuses occasions de consommer de l'alcool.

En 2006, la France se plaçait sixième sur les dix pays les plus grands consommateurs de boissons alcoolisées. La première alcoolisation significative se ferait aux environs de 14 ans. A 17 ans, huit jeunes sur dix déclarent avoir consommés des boissons alcoolisées au moins une fois dans le mois précédent, et 60% déclarent avoir déjà été ivres. Pourtant, cette consommation a tendance à diminuer en France comme dans les autres pays occidentaux, depuis une cinquantaine d'années, en raison d'un certain engouement pour une vie saine : en 1960, on comptait 26 litres d'alcool pur consommé par adulte (personne de 15 ans et plus) et par an, contre 12,3 litres en 2008.

La consommation d'alcool a des conséquences importantes sur le taux de mortalité. Elle est la cause (directe ou non) de plus de 30 000 décès par an, soit près de 6% de l'ensemble des décès. Associée au tabac, elle est responsable d'environ 100 000 décès évitables par an, soit plus de 17% des décès en France. A noter également une forte disparité entre les sexes puisqu'à âge égal, il y a quatre fois plus de décès d'hommes que de femmes en raison d'alcoolisation. Enfin, il est estimé en France que 4,5 millions de personnes sont en difficultés avec l'alcool, dont 1,5 millions de dépendants.

¹ J.Rey-Debove, A.Rey, *Le Petit Robert*, Paris, Editions Robert, 2013

² Chiffres établis par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

La consommation s'explique par les effets immédiats que l'alcool procure. Il fait partie des psychotropes, c'est-à-dire des substances qui agissent sur le psychisme. Après absorption, il n'est pas digéré mais passe directement dans le sang et atteint tout l'organisme en l'espace de quelques minutes. Il agit sur l'état mental du consommateur dont les ressentis varient selon sa physiologie, les circonstances et contextes socio-relacionnels, la quantité absorbée et les effets attendus. De façon générale, l'alcool agit comme un désinhibiteur : il lève les inhibitions et provoque la perte des contrôles ; c'est un euphorisant, un excitant, un anesthésiant et un antidépresseur. Il est une drogue légale, accessible, et de faible coût. Le consommer est chose commune et est souvent considéré comme favorisant le lien social.

Cependant, l'alcool possède des propriétés pouvant mener à la dépendance. Le consommateur passe alors progressivement d'une consommation festive ou occasionnelle, à une consommation régulière et/ou massive. Il n'est plus capable de réduire ou d'arrêter sa consommation, et les risques encourus sont nombreux et touchent tous les domaines, aussi bien le relacionnel et le social, que le professionnel et le sanitaire, ou encore le judiciaire.

Mais la maladie alcoolique n'est pas une fin en soi. Différents soins peuvent être apportés aux malades, notamment lorsqu'ils intègrent un centre de soins spécialisé. C'est ce qui est présenté dans ce mémoire relatant une expérience d'Art-thérapie au sein du service d'addictologie du Centre Hospitalier Spécialisé la Chartreuse. L'Art-thérapeute stagiaire a choisi d'intégrer cette structure à l'occasion de son stage de Diplôme Universitaire en Art-thérapie, car l'addiction est pour elle un domaine qui l'intéresse et lui pose question. A travers cette expérience, elle souhaitait comprendre les processus humains si complexes qui mènent à la dépendance, la façon de les gérer, et celle des les amener, par un travail d'équipe, sur le chemin de l'abstinence. C'est donc à l'occasion de ce stage que l'Art-thérapeute stagiaire a pu suivre l'évolution de personnes alcoolo-dépendantes et mettre en place des ateliers d'Art-thérapie, afin d'apporter un soin complémentaire à ceux préexistants dans le plan de cure.

Ce travail de mémoire se scinde en trois parties : dans un premier temps, nous nous attacherons à ce qu'est la pathologie alcoolique, les caractéristiques des arts plastiques, ainsi que la possibilité théorique pour l'Art-thérapie de constituer un soin pour les personnes alcoolo-dépendantes. Puis dans une seconde partie, nous verrons de façon plus pratique la manière dont s'est déroulée l'intégration des ateliers Art-thérapeutiques au sein du CHS la Chartreuse. Enfin une troisième partie sera consacrée à la discussion quant à l'intérêt d'intégrer des séances d'Art-thérapie dans ce type de structure.

PREMIÈRE PARTIE : L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER LES PERSONNES ALCOOLO-DÉPENDANTES À AMELIORER LEUR QUALITÉ EXISTENTIELLE

A) Une personne alcoolo-dépendante connaît des perturbations psychiques, somatiques et sociales, engendrant l'isolement, le repli sur soi, ainsi qu'une perte des gratifications sensorielles

1/ La pathologie alcoolique n'a été nommée que récemment

Jusqu'au XIXe siècle, consommer de l'alcool est un fait normal. On qualifie de « mauvaise habitude » la consommation de celui qui boit en quantité. A cette époque, différents médecins proposent la théorie de l'hérédité et de la dégénérescence pour expliquer ce phénomène. Ils considèrent en effet qu'il s'agit d'une tare, transmise de génération en génération : les « ivrognes » donnent naissance à des « ivrognes », créant une dégénérescence au fur et à mesure des générations, jusqu'à parfois la disparition de certaines familles.

Cette stigmatisation des buveurs est remise en question en 1849, lorsque le terme d'alcoolisme remplace celui d'ivrognerie. Il est créé par le médecin suédois Magnus Huss (1807-1890), au regard des troubles hépatiques, cardiaques et neurologiques, fréquents au sein de l'hôpital de Stockholm. Il en donna la définition suivante :

« Ensemble des conséquences pathologiques d'une consommation excessive de boissons alcooliques ».

En 1852, le terme d'alcoolisme en tant que maladie apparaît. Mais c'est seulement dans les années 1950 que le Dr. Fouquet³ permettra une avancée, grâce à ses travaux, en considérant également la souffrance psychologique de la personne alcoolique. Il redéfinit ainsi le terme comme étant la « perte de la liberté de s'abstenir d'alcool éthylique ».

A cette même époque, il publie un article établissant une classification qui distingue trois types principaux d'alcoolismes : l'alcoolite, l'alcoolose et la somalcoolose.

- L'alcoolite est une forme clinique d'alcoolisme fréquente chez l'homme, (de 40 ans) plus rare chez la femme (plus âgée). Elle est caractérisée par une consommation continue (de vin ou de bière) dans les lieux publics, des ivresses rares, et une absence de sentiment de culpabilité après la prise d'alcool. On trouve souvent un antécédent d'alcoolisme chez un des parents.
- L'alcoolose est une forme clinique d'alcoolisme apparaissant dans un contexte névrotique, chez les sujets jeunes, hommes ou femmes, entre 20 et 45 ans (plus fréquemment les femmes). La prise d'alcool est discontinuée, cachée et accompagnée d'une culpabilité importante avec lutte ; les boissons sont fortement alcoolisées et les ivresses fréquentes. Des troubles de la sexualité et des troubles du comportement sont parfois associés.

³ Pierre Fouquet (1913-1998), médecin français. Il a fondé la SFA (Société Française d'Alcoolologie et d'Addictologie) en 1978 qui contribue au développement multidisciplinaire de l'alcoolologie

- La somalcoolose est un type d'alcoolisme caractérisé par une consommation intermittente compulsive, souvent clandestine, pouvant concerner toutes sortes de boissons alcoolisées (même de l'eau de Cologne), associée à un sentiment de culpabilité importante. Les ivresses sont rapides et souvent comateuses.

Cette classification et les travaux que Fouquet réalise vont permettre de sortir les personnes alcooliques du stéréotype sociétal établi, et faire ainsi évoluer les mentalités par la mise en place de dispositifs de prises en charge thérapeutiques spécifiques à la maladie. Les malades alcooliques étant pris en charge par les hôpitaux psychiatriques et les services de médecine générale (urgences, neurologie, gastro-hépatologie), Fouquet, soutenu par les mouvements néphalistes, va créer l'alcoologie en tant que discipline à part entière en 1974. Cette dernière « contribue à une analyse des causes et des conséquences des consommations au niveau collectif (national et international, social, économique et juridique) et au niveau individuel, spirituel, psychologique et somatique⁴ ». Fouquet donne alors une vision de la maladie allant au-delà des critères quantitatifs, et des considérations morales.

Grâce à ces avancées, des services de sevrages* en hôpital général (service hépatogastro-entérologie) ainsi que des centres de postcures, sont ouverts dès 1978. Plus tard, dans les années 1990, des centres de cure ambulatoire en alcoologie et addictologie sont créés ; ils sont à présent des Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

De nos jours, des classifications internationales de l'alcoolisme ont été élaborées (celles du CIM-10 et du DSM-IV entre autres), actualisant celle de Fouquet ; on parle davantage de dépendance alcoolique ou d'alcoolodépendance. Selon le DSM-IV, le syndrome de dépendance à l'alcool se définit comme :

« Un mode de consommation inadapté, conduisant à diverses conséquences individuelles et sociales. Sa caractéristique essentielle consiste en un désir souvent puissant, parfois compulsif de boire de l'alcool (*craving*). Il s'y associe des difficultés à contrôler la consommation, une consommation souvent plus importante que prévu, un désir persistant ou des efforts infructueux pour la diminuer. Beaucoup de temps est passé pour se procurer des boissons alcoolisées, les consommer, récupérer de leurs effets. Il existe un abandon progressif d'autres sources de plaisir, d'intérêts et d'activités au profit de la consommation d'alcool. Les activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont réduites ou abandonnées. L'utilisation de la substance est poursuivie malgré la survenue de difficultés nombreuses dont la personne sait qu'elles sont la conséquence de sa consommation ».

Le phénomène de dépendance peut s'expliquer par la neurophysiologie. L'alcool, comme les autres psychotropes, agit directement sur le cerveau et permet l'augmentation de la quantité de dopamine sécrétée. Cette substance active le circuit appelé « circuit de la récompense », et provoque une sensation de bien-être et de plaisir, et ce, même si le corps* est par ailleurs en souffrance. Ainsi, le sujet devient dépendant à la substance lui permettant de sans cesse réactiver ce circuit (Fig.1 et 2).

⁴ I. BOULZE, *L'Alcoolisme*, Paris, Editions Armand Colin, 2011, p18

Synapse

Pour passer d'un neurone à un autre, l'influx nerveux se transforme en messages chimiques qui prennent la forme d'une substance sécrétée par le neurone, le neuromédiateur, comme par exemple la dopamine. Il existe différents neuromédiateurs (la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine, etc.) qui se lient à des récepteurs spécifiques. Le neuromédiateur traverse l'espace situé entre deux neurones, la synapse. C'est sur ces processus qu'agissent les substances psychoactives.

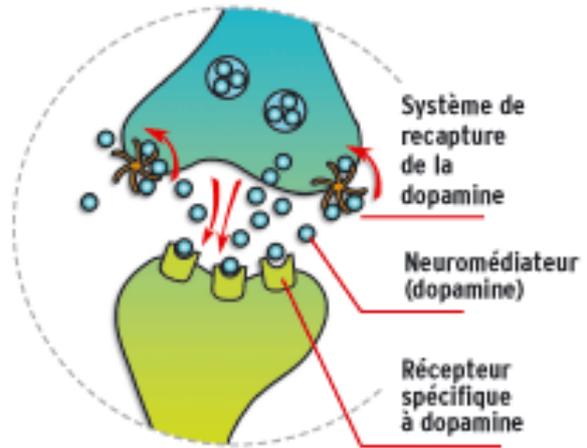
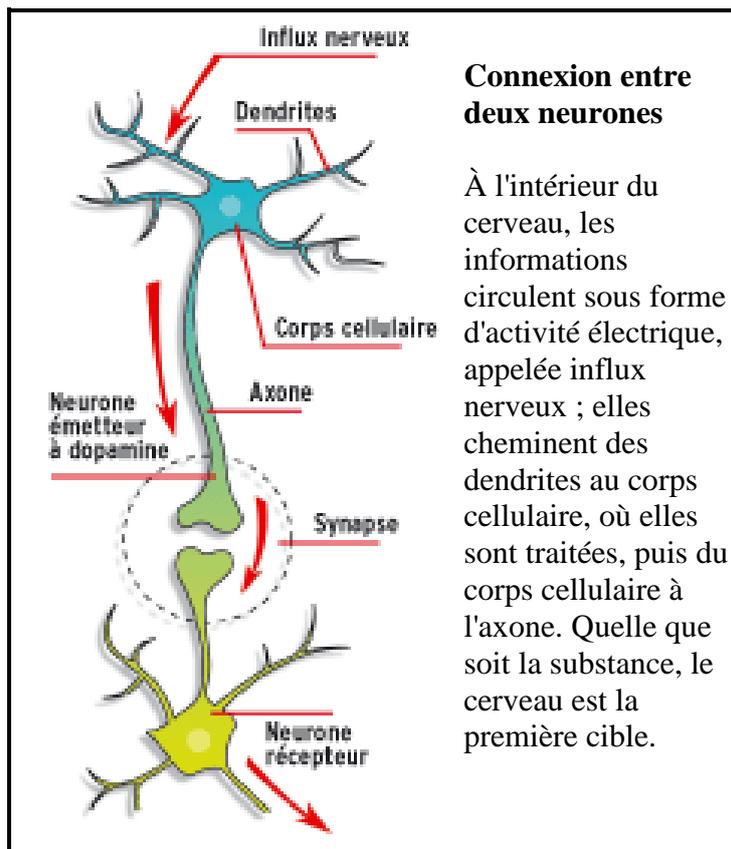


Fig.1. L'action des drogues sur le cerveau, d'après l'ouvrage Drogues et dépendances, Editions Inpes, 2007, p.16

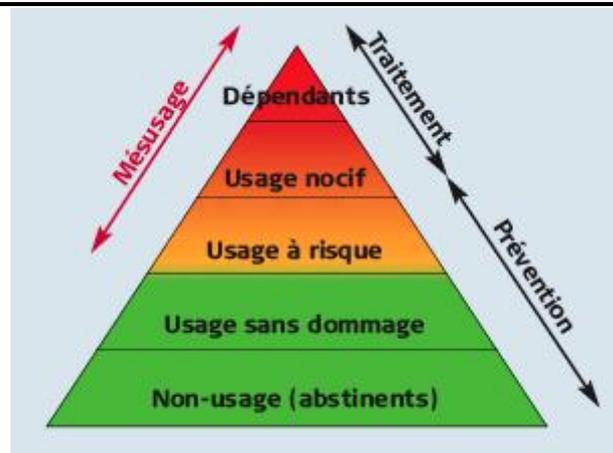


Connexion entre deux neurones

À l'intérieur du cerveau, les informations circulent sous forme d'activité électrique, appelée influx nerveux ; elles cheminent des dendrites au corps cellulaire, où elles sont traitées, puis du corps cellulaire à l'axone. Quelle que soit la substance, le cerveau est la première cible.

Fig.2. L'action des drogues sur le cerveau, d'après l'ouvrage Drogues et dépendances, Editions Inpes, 2007, p.17

En outre, l'usage d'alcool peut être classé selon sa nocivité, comme le présente la Pyramide de Skinner⁵ :



La Pyramide de Skinner est un outil pratique pour évaluer le niveau de risques :

Niveau 0 : abstinence stricte

Niveau 1 : usage sans dommage*

3 verres /j pour un homme, 2 verres /j pour une femme (recommandations OMS);

Niveau 2 : usage à risque

> 3 verres /j pour un homme, > 2 verres /j pour une femme et aucun dommage ;

Niveau 3 : usage nocif sans dépendance

dommages (gamma-GT plus ou moins élevées, insomnie, irritabilité, fatigue, HTA, difficultés dans les relations professionnelles ou familiales), mais pas de dépendance.

Niveau 4 : usage nocif avec dépendance** ; ces patients présentent souvent des désordres biologiques ou d'autres problèmes depuis cinq à dix ans et ont également développé une véritable dépendance, parfois physique, avec un syndrome de sevrage en l'absence d'alcool, mais surtout psychique.

*Ces seuils n'assurent aucunement avec certitude l'absence de tout risque (cf. aussi: Recommandations OMS)

**La dépendance n'est pas en relation directe avec la quantité consommée. Une consommation considérée par l'usager comme "normale" ou "modérée" peut conduire à la dépendance, surtout s'il présente certaines vulnérabilités.

⁵ Pyramide de Skinner, adaptée par Batel et Michaud, d'après M.Kreuter, P.Batel, *Dossier de l'alcoolisme, Le généraliste*, n°2358

2/ La dépendance à l'alcool implique des modifications physiologiques importantes

L'alcoolodépendance mène à divers troubles somatiques. En effet, elle peut provoquer des complications digestives, notamment au niveau du foie, avec une stéatose hépatique (lésions alcooliques du foie par surcharge graisseuse, régressant après quelques semaines d'abstinence), une hépatite alcoolique (processus inflammatoire et nécrotique du foie), ou encore une cirrhose du foie (irréversible, il s'agit d'une transformation de l'architecture du foie qui devient atrophique ou hypertrophique). Une inflammation grave du pancréas peut également survenir (pancréatite), ainsi que des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) soit au niveau de l'œsophage, de la bouche, du pharynx ou du larynx⁶.

Une alcoolisation importante peut entraîner des troubles cardio-vasculaires, comme par exemple une hypertension artérielle, des troubles du rythme cardiaque (responsables de mort subite), mais aussi des troubles de la nutrition avec une perturbation du statut vitaminique (avec des conséquences sur le système nerveux et le cœur).

Aussi, l'alcoolisme chronique provoque des complications neurologiques. Il est lié à une atteinte de la mémoire à court terme, des capacités d'abstraction, de l'attention, de la concentration, des fonctions visuo-motrices, des stratégies, et de la flexibilité intellectuelle (adaptation et conceptualisation).

On retrouve, parmi ces complications, différentes encéphalopathies alcooliques, dites carenciales, comme l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (affection de l'encéphale provoquant un état confusionnel, une atteinte motrice oculaire et une ataxie*, avec une évolution fatale en l'absence de sevrage*), le syndrome de Korsakoff (induisant une amnésie antérograde, une désorientation temporo-spatiale, une fabulation et des fausses reconnaissances) ou encore une atrophie cérébrale (avec troubles mnésiques) ou cérébelleuse (avec difficultés motrices).

Des neuropathies sensitivo-motrices chroniques sont également liées à l'alcoolisation. Elles impliquent des troubles moteurs, sensitifs, une diminution ou une abolition des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs, et des troubles trophiques (liés à la croissance des organes et tissus). On constate une chute des vitesses de conduction sensitives et motrices avec une diminution de l'amplitude des potentiels. Sans abstinence, ces neuropathies peuvent conduire à un état grabataire.

Une névrite optique rétrobulbaire est généralement la conséquence de l'association tabac et alcool. A terme, cette pathologie atteint le champ visuel et mène progressivement à la cécité définitive en cas de non abstinence.

Par ailleurs, la dépendance physique se traduit par la tolérance au produit (le corps* s'habitue à la substance) ainsi que par la survenue de plusieurs symptômes lors du sevrage*, tels que les sueurs, les tremblements, ou une forte irritabilité ; des complications de sevrage* peuvent s'observer, physiques et psychiques, comme le delirium tremens*.

⁶ Une association convaincante entre les cancers VADS et une consommation chronique d'alcool est fortement documentée par les travaux du World Cancer Research Fund, 1997. Ces cancers constituent la première cause de mortalité liée à l'alcoolisation chronique.

3/ La dépendance à l'alcool indique une souffrance psychologique et la renforce

Bien qu'il n'existe pas de personnes prédisposées à l'alcool-dépendance, il apparaît que certains traits de personnalité y sont associés, comme par exemple les personnalités évitantes ou dépendantes (faible estime de soi*, difficulté d'affirmation, difficulté à dire non et à résoudre ses problèmes personnels, etc), ou encore les personnalités antisociales (agressivité, impulsivité, difficultés relationnelles et forte recherche de sensations).

Par ailleurs, il est admis que des événements de vie traumatiques peuvent rendre l'individu plus vulnérable et le pousser à la consommation d'alcool. Le stress serait considéré comme un facteur de fragilisation neuronale vis-à-vis des substances psychoactives.

Iain Brown, qui s'intéresse à la fonction hédonique de l'addiction, la décrit comme une manière de « procurer du plaisir et soulager un malaise intérieur⁷ ». Ce malaise est effectivement très présent chez les personnes alcooliques, et ce, avant même l'état de dépendance au produit. Des troubles psychiatriques sont parfois préexistants, notamment une forte anxiété, une dépression, des troubles de la personnalité, ou encore des troubles psychotiques. Malgré le fait que les troubles anxieux et dépressifs soient souvent une conséquence de l'alcoolisme, ils peuvent être présents auparavant, et favoriser ainsi le recours à l'alcool. Il s'ensuit alors un cercle vicieux, puisque la personne dépressive ou anxieuse va se réfugier dans l'alcool, et son addiction aggravera davantage sa souffrance psychique. C'est ce que tente de démontrer dans ces travaux, Ferenczi (1873-1933), psychiatre et psychanalyste hongrois :

« Manger, tout comme boire, fumer ou se droguer, mais aussi jeûner, peuvent apporter un apaisement momentané lorsque la souffrance psychique est trop intense, qu'elle crée de l'agitation ».

Il considère ici que l'addiction n'est pas la cause mais la conséquence d'une souffrance, d'un traumatisme, et qu'elle apparaît comme un moyen de survie. Ferenczi défend l'idée que, même si l'on parvient à imposer l'abstinence à un patient, le psychisme, s'il est toujours en souffrance, trouvera d'autres frayages. Ce point de vue est tout à fait illustré par le médecin major Drenkhahn : il a démontré dans les statistiques de morbidité de l'armée allemande que « A la suite de la propagande antialcoolique des dernières années, la morbidité alcooliques est tombée rapidement de 4,19 pour 1000 à 0,7 pour 1000, dans l'année, mais qu'en échange, le nombre des autres causes de morbidité névrotiques et psychotiques s'est accru dans les mêmes proportions⁸ ». Ainsi, la victoire sur l'alcoolisme n'amène qu'à un progrès apparent de l'hygiène. Le psychisme privé d'alcool trouve par conséquent d'innombrables voies pour fuir dans la maladie.

De plus, selon divers théoriciens psychanalystes, la pathologie alcoolique émanerait du vécu dans l'enfance. Les conflits ou difficultés familiales peuvent devenir problématiques pour l'enfant qui ne pourra ni ne saura mentaliser le temps, les deuils et les séparations, et développera une fragilité psychique.

En outre, dans sa définition actuelle, la dépendance alcoolique se définit en partie par une dépendance psychique. En effet, cette dernière se manifeste par le besoin psychologique de prolonger l'effet de désinhibition lié à la prise d'alcool en augmentant les quantités ingérées, souvent jusqu'à l'ivresse. Le domaine psychologique est donc particulièrement touché chez les personnes dépendantes à l'alcool.

⁷ P. Angel, P. Mazet, *Guérir les souffrances familiales*, Paris, Presse Universitaire de France, 2004, p430

⁸ Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, 20 mai 1909

4/ Le corps* moteur d'une personne alcoolo-dépendante est désinvesti

Comme il est décrit précédemment, l'alcoolisme entraîne des troubles et lésions neurologiques, impactant de façon directe ou non sur la motricité du corps*. Ainsi, le corps* se modifie dans son aspect extérieur, mais aussi intérieur, et l'image corporelle de l'individu en est altérée. Or, selon le modèle art-thérapeutique, si la structure corporelle* impliquant le ressenti corporel* est altérée chez l'individu, sa poussée motrice (ou poussée corporelle*), soit l'énergie entraînant la masse corporelle, peut l'être également. C'est alors que le corps* physique n'est plus qu'un moyen utilisé pour obtenir le produit et assouvir le besoin de consommer. L'élan* de l'individu pour accomplir des obligations majeures et les tâches du quotidien se réduit progressivement à mesure qu'il devient dépendant au produit. C'est pourquoi les personnes alcoolo-dépendantes subissent une modification du comportement qui se révèle entre autres, sur le plan professionnel ou scolaire (désintérêt, absentéisme, conflits), et sur le plan social et familial (abandon du devoir parental, conjugal).

Ce désinvestissement global de la part de l'individu alcoolo-dépendant, se traduit notamment par la prévalence des tentatives de suicide. Elle est de 20% chez les personnes présentant un abus ou une dépendance à l'alcool. Autant l'alcool, par ingestion massive, induit des effets dépressogènes et peut mener au passage à l'acte, autant les incidences destructrices de l'alcoolo-dépendance sur l'individu (exposées précédemment) peuvent également conduire au découragement et à un geste suicidaire.

5/ La souffrance liée à l'alcoolo-dépendance entraîne la dévalorisation de soi et la perte du lien social

Si la consommation d'alcool rassemble les populations dans la joie et la festivité, et qu'elle est un vecteur d'intégration sociale, elle est aussi, lorsqu'elle est abusive, la cause d'exclusion sociale. En ce désinvestissant de ses obligations familiales, professionnelles, ou scolaires, et en subissant des changements d'humeur (altération de la régulation des émotions, état dépressif, agressivité, impulsivité), la personne alcoolo-dépendante doit faire face à de nombreux conflits et incompréhensions de la part de son entourage. C'est pourquoi, très souvent, elle s'isole, à moins que ce ne soit les autres qui prennent de la distance vis-à-vis d'elle, par crainte, par dégoût, ou par découragement. De plus, l'alcool est souvent à l'origine de conséquences judiciaires pouvant être très graves (arrestations, amendes, emprisonnements, pour comportements dangereux, conduites en états d'ivresse, accidents corporels), ce qui est susceptible de générer un éloignement bien plus radical de la part des proches.

Aussi, l'alcoolisme étant responsable de déficits neurologiques, les personnes alcoolo-dépendantes ont des difficultés dans l'interprétation des expressions émotionnelles d'autrui. Elles vont en effet avoir tendance à donner un contenu émotionnel particulier aux attitudes des leurs interlocuteurs alors même que celles-ci sont neutres. De façon générale, le déficit est plutôt présent pour des émotions négatives, ce qui peut entraîner un comportement agressif et délictueux chez les personnes alcooliques, et avoir un impact néfaste sur leurs interactions sociales.

Lors d'une expérience où des personnes alcooliques participent à un jeu d'échange de balle sur ordinateur, on constate, par un enregistrement en Imagerie par Résonance magnétique fonctionnelle, que la région impliquée dans la perception de la douleur morale est

activée de manière forte et durable lorsqu'ils sont exclus du jeu d'échange⁹. Cela témoigne de la sensibilité importante de ces sujets au rejet social et explique en partie leur tendance à l'isolement.

En outre, l'alcool-dépendance favorise le développement de l'alexithymie, c'est-à-dire la difficulté à différencier les affects entre eux, à reconnaître ces affects, et à en faire part aux autres. Ce trouble empêche les personnes alcooliques d'exprimer des émotions fortes, ce qui induit comme solution l'alcoolisation, mais aussi le repli sur soi, le conflit ou la fuite.

Les éléments précisés précédemment ainsi que l'impact somatique important dû à l'abus d'alcool, peuvent altérer la valeur que se porte l'individu à lui-même. La perte de certaines de ses capacités (physiques ou cognitives) ainsi que la rupture du lien social, peuvent être responsables de la dégradation de la confiance en soi*, de l'estime de soi*, mais aussi de l'affirmation de soi*.

6/ Des soins peuvent être apportés aux personnes alcool-dépendantes

Bien qu'elle ne se guérisse pas, l'alcool-dépendance est une maladie qui nécessite des soins spécifiques. Après divers examens biologiques (dépistage) permettant d'évaluer le mésusage de l'alcool (taux de gammaGT, volume globulaire moyen, transferrine désialylée), la personne alcool-dépendante est prise en charge et suivie sur un terme plus ou moins long. Généralement, les soins proposés associent des thérapies spécifiques à des aides médicamenteuses. Les objectifs de ces soins sont : l'abstinence, la prévention des rechutes, la réinsertion socioprofessionnelle et l'amélioration de la qualité de vie. Le premier soin qu'est le sevrage* d'alcool, doit se faire dans un lieu spécifique sous contrôle médical, car des complications somatiques graves peuvent survenir (crises épileptiques, delirium tremens*). Il peut être réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation à temps plein ou à temps partiel.

Aussi, une information doit être délivrée au patient afin de le sensibiliser sur la consommation d'alcool, sa nocivité, ses complications, et les possibilités de traitements. Une relation stable avec un praticien (médecin, thérapeute, spécialiste en addictologie, etc.) est essentielle au traitement à long terme. La thérapie (sous toutes ses formes) est un bon moyen pour le patient de se sentir en confiance, soutenu, pendant son travail de reconstruction physique, psychologique et relationnel, et permet de lutter contre le découragement ou le désespoir.

Pendant le sevrage*, un traitement pharmacologique est souvent administré au patient, (notamment à base de vitamines, de benzodiazépines*, et réhydratation) afin d'assurer un sevrage* sans danger sur le plan clinique et renforcer de façon indirecte la motivation du patient pour l'abstinence et la réinsertion.

Enfin, les personnes alcool-dépendantes sont dirigées après leur sevrage*, vers des centres de postcures, ou encore des associations de soutien (anciens buveurs, néphalistes, etc.), de sorte qu'elles puissent poursuivre leur abstinence et maintenir les acquis du travail pendant la cure.

⁹ Etudes par Eisenberger, Lieberman, & Williams, 2003

B) Les arts plastiques sont une activité artistique qui favorise l'expression et les gratifications sensorielles

Bien que ce mémoire rapporte une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques, de nombreuses séances se sont déroulées dans une dominante modelage d'argile, et particulièrement celles présentées dans la deuxième partie de ce mémoire. C'est pourquoi dans cette sous-partie, il s'agira de développer les qualités des arts plastiques mais avec des précisions plus spécifiques au modelage.

1/ Les arts plastiques s'inscrivent dans l'Art de la Beauté

L'Art est une activité volontaire orientée vers l'esthétique*¹⁰. Bien qu'il se décline sous différentes formes, lorsqu'il s'agit de l'Art de la Beauté, il implique la recherche de l'esthétique* comme but essentiel à l'activité humaine. De façon générale, l'être humain a toujours intégré l'Art et l'esthétique* dans son quotidien, que ce soit par l'ornementation d'outils, l'architecture, la mode vestimentaire, le spectacle ou encore l'écriture. L'Homme est un être sensible qui, face au Beau*, est envahi d'un sentiment de plaisir, le plaisir esthétique*, impliquant l'activation des mécanismes de gratifications sensorielles. Il va donc naturellement poursuivre cette quête des plaisirs, que ce soit en devenant le « créateur » de l'œuvre d'art, ou le contemplateur de celle-ci.

Les arts plastiques font partie des arts de la Beauté. Ils sont une expression par l'Homme d'un idéal esthétique*, dont le but est l'élaboration de formes et de volumes par l'utilisation de différentes matières et couleurs. Ils regroupent plusieurs activités « académiques » comme la sculpture, la peinture, le dessin, ou l'architecture, mais aussi toutes celles qui ce sont développées davantage aux XXe et XXIe siècles, telles que le collage, les installations, les performances, l'Art vidéo, ou l'utilisation de techniques mixtes.

2/ Les arts plastiques sont une activité qui impliquent les mécanismes d'impression et d'expression

Chez l'être humain s'opèrent des échanges entre le corps* et l'esprit, entre le monde interne et le monde externe, entre les mécanismes d'impression et les mécanismes d'expression. Ces derniers éléments se reflètent dans l'activité artistique, y compris dans les arts plastiques. Il est possible qu'après avoir capté une œuvre (entendre une musique, contempler une peinture, regarder un spectacle de danse,...) se crée l'envie de produire et d'acquérir de nouveaux savoir-faire. Ainsi, après avoir sollicité des mécanismes d'impression dus au rayonnement de l'œuvre, les mécanismes d'expression sont stimulés. Ceux-ci sont perceptibles par le monde extérieur, par la manifestation de signes, de gestes, ou de mots, directement influencés par ces impressions. Chaque œuvre rayonne, et est captée par l'être humain qui fait le choix d'être son contemplateur ou le producteur d'une nouvelle œuvre.

De ce fait, comme toute activité artistique, les arts plastiques activent ces mécanismes. Par exemple, en voyant un bloc d'argile sur la table (captation de l'objet), une personne peut avoir envie de le toucher, le manipuler, voire même modeler intentionnellement une forme en argile.

¹⁰ R.Forestier, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, Paris, Editons SeeYouSoon, 2006, p28

3/ Les arts plastiques exposent au monde extérieur, le monde intérieur de l'être humain à travers une production

L'Art est connu du monde sensible par les œuvres d'Art. Chacune se compose de deux parties : le fond et la forme. En ce qui concerne les arts plastiques, le fond est la partie subjective, ce que l'œuvre cherche à représenter, l'intention de l'artiste, tandis que la forme est la partie objective, elle repose sur la technique et l'aspect visuel. Le juste rapport entre ces deux parties mène à un idéal conventionnel. Pour atteindre cet idéal esthétique*, il faut trouver le champ sensible le plus gratifiant au niveau sensoriel, c'est-à-dire ce qui plait le plus à celui qui produit. L'individu cherche le dépassement de ses captations sensorielles, illimitées, pour augmenter le plaisir connu jusqu'alors. Il lui faut aussi puiser dans son énergie pour arriver à une réalisation. Ainsi, les impressions peuvent mener à une action, un élan*, voire à une production. Cette dernière implique donc le goût* et le style* de l'artiste, comme le souligne R. Forestier :

« Fort de sa personnalité et de l'intention qui l'anime, l'artiste donne son empreinte à ce qu'il touche et à ce qu'il produit [...]. Donc au-delà de l'artiste, l'être humain donne sa trace dans ses activités au point que l'on peut le reconnaître rien qu'en voyant ses œuvres [...]. J'évoque dans cette situation le style* de l'artiste [...]. Pour que le style* s'affirme, l'artiste doit croire en ses capacités et au bien fondé de ses productions. Il doit avoir confiance en lui-même ».¹¹

Les arts plastiques permettent donc d'exprimer ses goûts*, ses choix, et affirmer son style* à travers une production : le monde intérieur de l'être humain est exprimé par et dans l'œuvre qu'il crée, il l'expose à l'autre et fait de sa production une nouvelle œuvre qui rayonne.

4/ Les arts plastiques stimulent la sensorialité

Comme toute activité artistique, les arts plastiques stimulent la sensorialité. En effet, comme il est expliqué précédemment, l'œuvre d'Art est captée par les sens humains et entraîne une réaction. Les arts plastiques suggèrent la présence de formes, de matières, de couleurs et de volumes, appréhendés par l'Homme. Lorsqu'une personne perçoit un bloc d'argile sur la table, sa vue est stimulée. Si elle s'approche et le manipule, elle stimule le sens du toucher, avec les effets qu'a l'argile au contact de la peau : une matière lourde et compacte, à la fois friable, tendre, sèche, ou très humide voire « boueuse ». Sa diversité texturale est une aubaine dans le champ des sensations. Par ailleurs, elle rappelle la terre que l'on foule, et ses couleurs naturelles et son odeur très particulière stimulent également les sens lorsqu'on la malaxe et qu'elle « salit » la peau. Le modelage en argile nécessite une certaine force, pouvoir gérer la pression des doigts, des mains, mais il demande également de la finesse et de la précision. Le corps* est totalement engagé dans cette activité, qui exige une certaine posture, certains gestes.

« Le geste qui crée exerce une action continue sur la vie intérieure. La main arrache le toucher à sa passivité réceptive, elle l'organise pour l'expérience et pour l'action. Elle apprend à l'Homme à posséder l'étendue, le poids, la densité, le nombre. Créant un univers inédit, elle y laisse partout son empreinte. Elle se mesure avec la matière qu'elle métamorphose, avec la forme qu'elle transfigure. Educatrice de l'Homme, elle le multiplie dans l'espace et dans le temps »¹²

¹¹ R.Forestier, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, Paris, Editons SeeYouSoon, 2006, p33

¹² H.Focillon, *Vie des formes*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p128

5/ Les arts plastiques nécessitent l'apprentissage de techniques et savoir-faire précis

Les arts plastiques sont une activité qui mobilise des matières et les transforme. Les matières de l'Art et de la nature sont alors différenciées, bien qu'elles soient formellement proches. Le bois de la statue n'est pas le bois de l'arbre, de même que la terre glaise des poteries n'est pas la terre du sol. Pour parvenir à cette transformation de la matière en œuvre d'Art, l'Homme a besoin de techniques. Il passe alors d'une manipulation très archaïque et intuitive de la matière (que l'on nomme Art I*) à une action volontaire à visée esthétique* et en vue d'une production (Art II*). En effet, pour produire une œuvre, il est nécessaire de connaître la matière et la façon dont elle s'utilise et se transforme. La technique est le moyen de métamorphose, la force vivante, la mécanique, mais aussi le pur agrément à la matière¹³. Aussi, pour atteindre son idéal esthétique*, l'apprentissage de savoir-faire est une condition importante à l'artiste, qui, par eux, va parfaire son travail jusqu'à l'obtention d'une forme en adéquation au fond, le « Beau* » selon lui. En ce sens, l'artiste, par ses nouvelles connaissances, s'inscrit dans le temps et l'espace, et peut croire en ses capacités : il est capable de mener sa production à son terme selon son style* et sa personnalité, il a confiance en lui.

6/ L'argile bénéficie de propriétés intéressantes et de connotations positives

L'argile, est une matière avide d'eau, provenant de roche terreuse et de différents composites. Qu'elle soit rouge, blanche, ocre ou verte, elle est naturellement riche en minéraux et en oligoéléments dont le corps* a besoin. C'est en elle qu'a pu émerger la vie il y a plusieurs milliards d'années, par ses diverses propriétés (plastiques et d'imperméabilité). Les croyances anciennes reprennent bien cette idée, notamment dans la mythologie grecque avec le mythe de Prométhée : considéré comme le créateur de l'Humanité, c'est lui qui façonna des figurines en argile auxquelles il insuffla la vie afin qu'elles deviennent des Hommes. De la même façon, dans les traditions judéo-chrétiennes et islamiques, le premier homme sur Terre fut créé par Dieu à partir d'argile, de boue ou de poussière de terre, selon les versions. La terre est également associée à plusieurs notions : elle est la surface sur laquelle l'Homme se tient debout et marche, mais aussi l'élément solide qui supporte les êtres vivants et où poussent les végétaux. La terre glaise évoque alors dans l'imaginaire commun, l'idée de la vie, des origines, et de la création à partir du néant.

Par ailleurs, l'argile a toujours été utilisée à travers l'Histoire pour ses vertus adoucissantes, purifiantes, régénérantes, calmantes et cicatrisantes, que ce soit par les animaux ou les Hommes.

Le modelage d'argile est une activité ancienne, consistant à façonner la matière pour lui donner une forme déterminée. Il sert à la fabrication de poteries dans l'artisanat, mais il fait également partie des arts plastiques, et bénéficie de leurs spécificités.

¹³ H.Focillon, *Vie des formes*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p57

C) L'Art-thérapie à dominante Arts plastiques peut permettre aux personnes alcoolo-dépendantes de retrouver un regard positif sur elles-mêmes et les conduire à un mieux-être

1/ L'Art-thérapie est une discipline spécifique et originale appartenant au domaine paramédical

L'Art-thérapie, telle qu'elle est définie par la Faculté de médecine de Tours et le comité scientifique de l'AFRATAPEM, est une discipline qui exploite les potentiels artistiques dans une visée thérapeutique et humanitaire. Ce modèle a été fondé par Richard Forestier, dans les années 1970, il a été reconnu officiellement par l'Etat grâce à un Diplôme Universitaire délivrée par la faculté de médecine. Depuis, ce modèle s'est étendu en France par la création de postes d'Art-thérapeutes dans de nombreux établissements médicaux, sociaux, et carcéraux ; il ne cesse de s'actualiser et évolue avec la société.

L'Art-thérapie appartient au domaine du paramédical. Il s'agit en effet d'un soin où l'Art est au service de l'Humain. Il est proposé notamment aux personnes souffrant de troubles de l'expression, de la relation, ou de la communication. L'Art a un pouvoir d'entraînement, il est une activité d'expression : on se met à taper du pied en entendant une musique, on ressent l'envie irrésistible de toucher une sculpture. Cependant, le pouvoir de l'Art est vaste et peut parfois être négatif. Dans une visée thérapeutique, il est donc nécessaire de lui imposer un cadre, une structure, afin qu'il soit utilisé à bon escient, et dans les limites du soin. C'est pourquoi l'Art-thérapeute est aussi un artiste. Que ce soit dans une dominante danse, théâtre, écriture, musique, ou arts plastiques, il doit connaître parfaitement cet Art, ce qu'il implique physiquement et émotionnellement, et les limites de cette pratique.

« L'art est souffrance, péril et ravissement. Parce que le travail est pénible et heureux, tout à la fois. Parce que l'échec est la matière pesante de l'envol du succès. Parce que la fulgurance du geste est le fruit mûr du labeur le plus patient¹⁴ ».

L'Art-thérapie est indiquée par un médecin. C'est une discipline complémentaire aux autres disciplines médicales, elle participe à la bonne santé*. Pour se faire, l'Art-thérapeute, après une première rencontre avec le patient (voire dans la mesure du possible, une consultation de son dossier médical) prend connaissance de son état de base. Ensuite, il fixe des objectifs thérapeutiques en lien avec les pénalités observées et va tenter de les atteindre par une stratégie (repérer les sites d'action*, fixer des objectifs intermédiaires). Des fiches d'observations et d'évaluation, ainsi que des bilans réguliers, permettent à l'Art-thérapeute de rendre compte de l'évolution du patient, mais aussi de réajuster sa stratégie, afin d'être au plus près des besoins de celui-ci.

2/ L'Art-thérapie intègre les arts plastiques dans un processus de soin

L'Art-thérapie concerne tous les Arts, y compris les arts plastiques. Cette discipline implique l'utilisation d'outils permettant une prise en soin des plus adaptées. Il y a tout d'abord l'opération artistique, prise comme un agencement sur lequel repose l'analyse thérapeutique. Cet opération se définit comme l'organisation de l'activité artistique et détermine la théorie de l'art opératoire. Elle montre l'orientation de l'expression humaine vers l'Art. Cette activité se divise en différentes étapes, identifiables sur le schéma ci-après (Fig.3).

¹⁴ P. Paul, R. Gagnayre, *Le rôle de l'Art dans les éducations en santé*, Paris, L'Harmattan, 2008, p116

Elle s'applique à tous les Arts, mais pour mieux la comprendre, il est préférable d'utiliser un exemple précis, comme le modelage d'argile.

La première flèche correspond à l'avant, c'est-à-dire le cadre spatio-temporel (culture, mémoire, souvenir). Un bloc d'argile [1] est posé sur une table, dans une salle d'atelier d'Art-thérapie. Il s'agit d'une chose visible, elle existe et rayonne [2]. Un individu entre dans la salle et capte visuellement ce bloc, et vient le toucher, le manipuler, de façon instinctive [3]. Par hasard, la forme qu'il a obtenue lui convient car elle lui fait penser à un animal [4]. Il décide alors de le faire [5], mais de façon plus élaborée. Il a donc besoin d'apprendre des techniques car il ne sait pas comment procéder [6]. Par l'apprentissage, il parvient à produire quelque chose selon son choix et ses goûts* [7]. Il choisit de prendre cet objet et de le montrer à ses proches afin qu'ils puissent voir cette œuvre d'art [8]. L'œuvre d'art est alors exposée dans la chambre de celui qui l'a produite, elle rayonne en tant que telle [1']. Le [5'] peut avoir lieu si la personne choisit de prendre connaissance de l'œuvre par ses sens, de l'intellectualiser, et que l'élan* provoqué soit non pas celui de produire, mais de contempler de nouveau l'œuvre pour continuer à la ressentir.

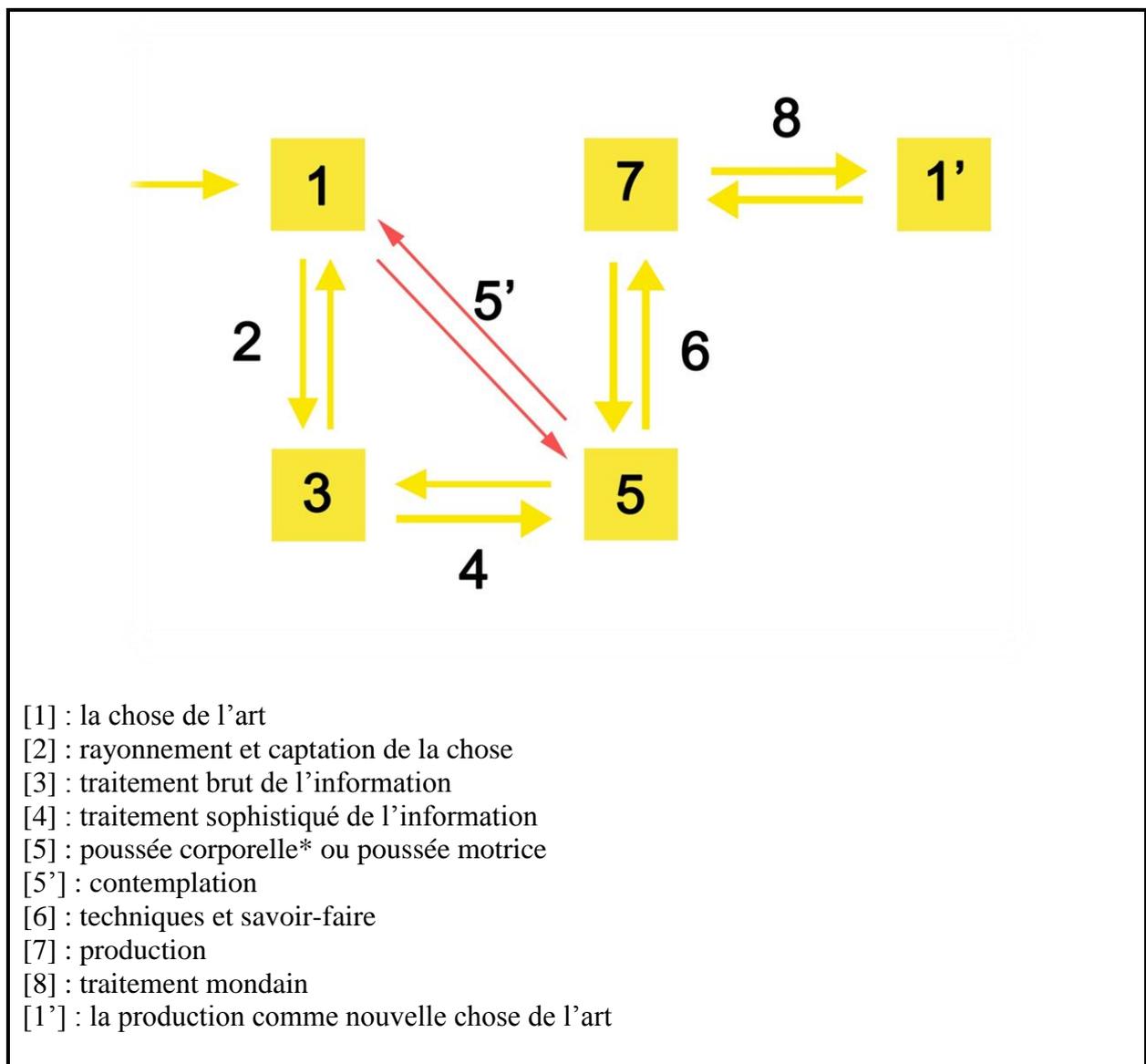


Fig. 3. Schéma représentant l'opération artistique

Le déroulement de l'activité artistique se fait donc ainsi. En utilisant cet outil, l'Art-thérapeute peut déterminer les sites d'action* selon ces phases, et cibler son travail en lien avec les objectifs thérapeutiques posés.

Aussi, l'opération artistique se redivise en trois parties principales : celle de l'impression (phases [1], [2], [3], [4]), celle de l'expression (phases [4], [5], [6], [7]) et celle de la communication-relation (phase [8]). Le phénomène artistique est ce qui est observable dans cette opération, il permet à l'Art-thérapeute de remplir sa fiche d'observation et d'apprécier l'évolution du patient. Le phénomène artistique se génère en phases [3] et [4] avec l'intention, en phases [5] et [6] avec l'action, et en phases [7] et [8] avec la production. Toutes ces phases font parties intégrantes de l'activité artistique et sont explorées par l'Art-thérapeute.

Par ailleurs, l'Art-thérapeute utilise un autre outil qui s'applique également lorsque l'atelier est à dominante arts plastiques : il s'agit du cube harmonique. Ce dernier est un principe autoévaluatif, il permet « à une personne sensible à l'Art d'autoévaluer les trois points caractéristiques de l'Art : le Beau*, le Bien* et le Bon*¹⁵ ». Il s'agit de la « théorie des 3 B », qui consiste en un équilibre de ses trois valeurs, comme fondements humains de l'esthétique*. Le Beau* correspond aux ressentis, à ce qui provoque l'émotion, ce qui plait. Il est lié au Bien qui correspond à la technique : « le Bien* aide la Beauté à s'extraire de la chose qui se donne en captation¹⁶ ». Le Bon* induit le savoir-être dans le temps et l'espace et l'engagement* du corps*. Ces trois instances sont particulièrement liées entre elles, l'une pouvant influencer l'autre. L'Art-thérapeute les utilise à travers le cube harmonique qu'il propose à son patient : ce dernier doit évaluer ces trois notions, sur une échelle de un à cinq, le un comme étant la plus basse cotation, et le cinq la plus haute. Ainsi, il doit évaluer le Beau* de la séance, c'est-à-dire, si esthétiquement cela lui a plu ; il évalue ensuite le Bien*, soit, si techniquement il trouve cela bien fait ; enfin il évalue le Bon* en notant son envie de poursuivre l'activité. Idéalement, l'Art-thérapeute vise à ce que les cotations soient au maximum, et lorsque cela n'est pas le cas, il peut inclure dans sa stratégie de travailler davantage sur l'un pour faire progresser l'autre. Par exemple, la cotation du Beau* est assez faible, alors l'Art-thérapeute décide de travailler sur les savoir-faire, ainsi, maîtrisant mieux l'outil, le patient pourra élaborer une production qui lui plait davantage. De ce fait, le cube harmonique peut être utilisé comme processeur.

L'Art-thérapie intègre donc les arts plastiques dans un processus de soin, par l'emploi de différents outils spécifiques.

¹⁵ R.Forestier, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, Paris, Editons SeeYouSoon, 2006, p52

¹⁶ R.Forestier, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, Paris, Editons SeeYouSoon, 2006, p24

3/ L'Art-thérapie à dominante arts plastiques stimule la sensorialité chez la personne alcool-dépendante

Comme il l'a été présenté précédemment, la personne alcool-dépendante est atteinte de troubles neurologiques et somatiques. Par des alcoolisations répétitives et/ou massives, elle perd de sa sensibilité. En effet, elle peut être comme « anesthésiée » et bien moins ressentir sensoriellement le monde extérieur, notamment par le toucher. Elle peut l'être également émotionnellement, comme expliqué en amont, avec des difficultés à exprimer son ressenti et à comprendre celui des autres.

L'Art-thérapie à dominante arts plastiques stimule la sensorialité par ce qu'elle présente, c'est-à-dire un monde de formes, de couleurs, de matières et de volumes (le sens de la vue est très sollicité) ; particulièrement lorsqu'il s'agit d'une dominante modelage car celle-ci mobilise également le toucher. La pratique de cette activité génère un certain nombre d'émotions et de ressentis, liés à sa texture, à ce qu'elle évoque (la terre des origines) et à ce qu'elle peut devenir : d'un bloc, elle prend forme et devient objet d'art. Par cette activité, la personne alcool-dépendante implique son goût*, son idéal esthétique*, elle affirme sa vision du Beau* et restaure son savoir-ressentir ainsi que ses gratifications sensorielles.

4/ L'Art-thérapie à dominante arts plastiques ravive l'énergie motrice et favorise le lien social

L'alcoolisme induit des difficultés cognitives et comportementales. Il agit sur des zones neurologiques liées à la motivation, mais aussi sur le corps* qui est désinvesti. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut favoriser l'engagement* et l'énergie motrice grâce au pouvoir entraînant de l'Art. Le modelage d'argile mobilise le corps* et son énergie pour transformer la matière en une forme donnée. Le travail de l'Art-thérapeute est d'améliorer le Bon* afin de renouveler cette envie pour l'activité. La personne qui s'engage met alors tout en œuvre pour assurer son bien-être et son savoir-être qu'elle se sent mériter. Aussi, la production matérielle qu'elle réalise au cours de l'atelier est l'aboutissement de cet élan* et peut améliorer l'estime qu'elle a d'elle-même, voire même faire naître en elle un sentiment de fierté. Une personne qui s'estime de nouveau est une personne qui se sent exister. Par conséquent, elle estime être digne d'intérêt pour l'autre et peut également s'engager auprès de lui.

La prise en soin groupale d'un atelier d'Art-thérapie peut favoriser le lien social : l'Art entraîne le groupe, les patients vivent ensemble des sensations et ont un projet commun.

Par leurs productions en arts plastiques, les personnes alcool-dépendantes s'expriment et établissent un lien avec le monde extérieur pouvant induire la communication*, voire même la relation*. En effet, elles expriment à travers l'activité leur goût*, leur style*, et leur idéal esthétique*, qu'elles peuvent exprimer ensuite verbalement, au groupe, ou à l'Art-thérapeute. En soumettant volontairement leur production au monde extérieur (traitement mondain), les personnes alcool-dépendantes s'exposent à la discussion et aux commentaires de l'autre ; l'œuvre rétablit le lien entre le malade et l'autre et peut constituer un premier pas vers le monde, participant à le sortir de son isolement.

5/ L'Art-thérapie à dominante arts plastiques favorise la confiance en soi* par l'acquisition de nouveaux savoir-faire

La pratique des arts plastiques au sein d'un atelier d'Art-thérapie implique l'apprentissage de techniques et savoir-faire. Par ceux-ci, la personne alcoolique mobilise des mécanismes corporels et cognitifs : par le modelage d'argile, elle apprend à connaître la matière et ses possibilités, à utiliser les outils qui la transforment, mais aussi à adapter son corps*, sa posture, sa force et ses gestes en fonction d'elle (mobilisation de la structure corporelle*). Malgré cela, la personne a sa propre identité qu'elle laisse telle une empreinte sur l'œuvre. Elle modèle l'argile selon des techniques mais impose son style*, sa personnalité. En cela, l'Art-thérapeute travaille sur le Bien*. Par l'acquisition de nouveaux savoir-faire, la personne alcoolo-dépendante se sent de nouveau capable de, elle croit en ses capacités, elle a confiance en elle. L'espoir d'établir un projet dans le temps renaît, aussi bien à travers l'atelier, par la mise en place d'un projet thérapeutique et artistique, qu'au-delà, à travers un projet de vie, une vie dans l'épanouissement personnel et l'abstinence.

A la lumière de ces premiers éléments théoriques, il est possible de voir en l'Art-thérapie à dominante arts plastiques une aide complémentaire aux autres disciplines médicales et sociales, destinée aux personnes alcoolo-dépendantes. Cependant, il est nécessaire d'en observer la pratique afin de pouvoir l'attester.

DEUXIÈME PARTIE : UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE A ÉTÉ MIS EN PLACE AU SEIN DU SERVICE ADDICTOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISÉ DE LA CHARTREUSE

A) **Le projet de bonne santé* de la personne alcoolo-dépendante est permis grâce à l'organisation précise du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Chartreuse**

1/ Le CHS de la Chartreuse est un établissement historique, divisé en différents pôles spécialisés

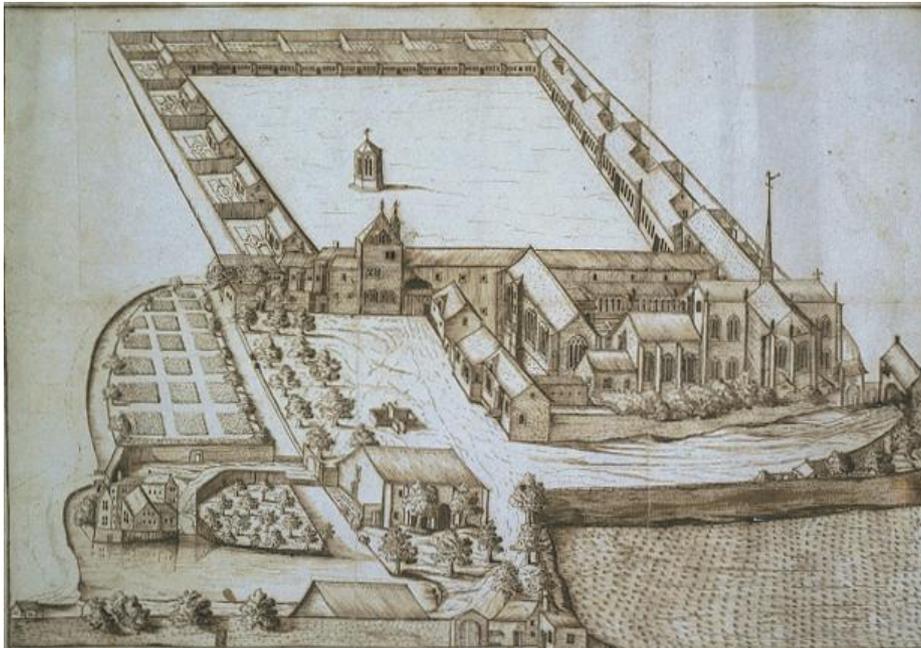


Fig 4. Gravure de Aimé Piron, Vue en perspective de la chartreuse de Champmol, 1686, Bibliothèque municipale de Dijon

A l'origine, c'est Philippe le Hardi¹⁷ qui, en 1383, fonda la Chartreuse de la Sainte-Trinité de Champmol, témoignant de l'implantation de la nouvelle dynastie des Ducs de Bourgogne dans la ville de Dijon, afin d'accueillir la nécropole familiale.

Au XVe siècle, la Chartreuse est surtout le lieu de prière des moines Chartreux mais aussi un lieu de pèlerinage. C'est avec la Révolution que les moines sont chassés et que l'édifice, presque entièrement détruit, devient un bien national en 1791. En 1833, le Département de la Côte d'or devient propriétaire du domaine principal et décide d'établir un hospice psychiatrique départemental.

¹⁷ Philippe II de Bourgogne, dit « le Hardi » (1342-1404), entre autres titres, est Duc de Bourgogne de 1363 à 1404.

De nos jours, seuls le Puits de Moïse et le Portail de la Chapelle demeurent intacts, vestiges de l'époque monastique.

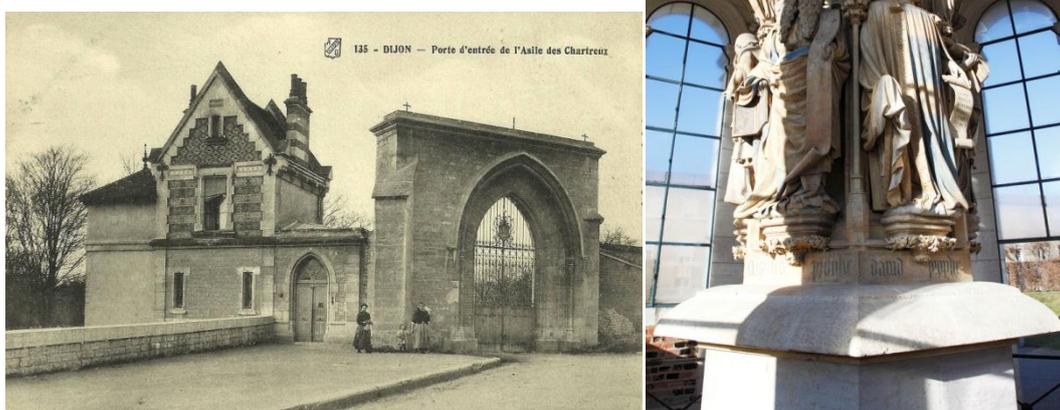


Fig. 5. Portail d'entrée de la Chartreuse et Puits de Moïse, encore intacts aujourd'hui

C'est donc dans un cadre historique, que l'A.T.S* a pu intégrer le Centre Hospitalier La Chartreuse, situé au 1 boulevard Chanoine Kir, à Dijon, Côte d'or, dans la région Bourgogne. Il s'agit aujourd'hui d'un grand établissement spécialisé dans la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, réparti sur différentes unités et services.

L'établissement compte en psychiatrie adulte :

- 324 lits de psychiatrie adulte pour une prise en charge des situations aigües
- 75 lits pour personnes âgées dont 42 lits en Unité de Soins de Longue Durée et 33 lits en Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
- Une fédération de gérontopsychiatrie
- Une fédération pour déficients mentaux profonds
- Une fédération de réinsertion réadaptation
- 109 places de psychiatrie adulte pour une prise en charge au plus près du domicile (avec 9 Centres Médico-Psychologiques, 8 hôpitaux de jour, 9 CATTP)
- 25 places en SMPR (Service Médico-Pénitentiaire Régional)

En pédopsychiatrie :

- 62 places de psychiatrie infanto-juvénile en hôpital de jour
- 6 hôpitaux de jour
- 6 centres médico-psychologiques (CMP)
- 7 CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)
- Un accompagnement psycho-pédagogique avec des enseignants spécialisés qui interviennent dans les différentes structures sur prescription médicale uniquement
- Une mission étendue : CMP, CATTP, Hôpital de Jour pour Adolescents, Maison des Adolescents

Le CHS de la Chartreuse est idéalement situé. En effet, à deux pas du centre ville de Dijon, il offre un cadre naturel et apaisant aux personnes accueillies au sein de l'établissement, de par la rivière le traversant, les chemins boisés, ainsi que par la présence de monuments historiques. Un plan du centre hospitalier permet de mieux apprécier son organisation.

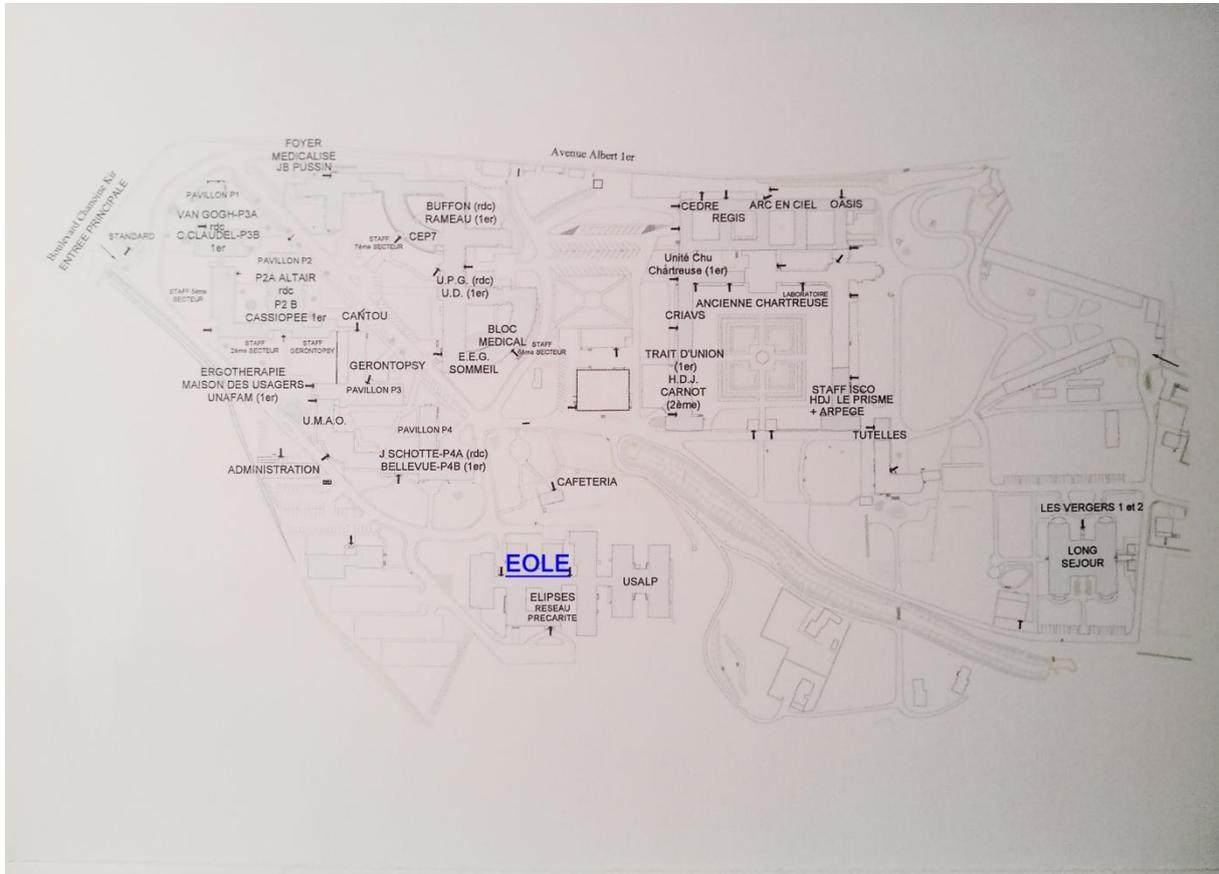


Fig. 6. Plan actuel du CHS la Chartreuse et de ses différents pôles

2/ L'unité Eole constitue le service addictologie du CHS de la Chartreuse

L'unité Eole est le Service d'addictologie, anciennement appelé service d'Alcoologie ; elle appartient au pôle des Neurosciences et Chirurgie réparatrice du CHU de Dijon. Actuellement, ce service accueille des personnes souffrant d'alcoolodépendance, mais tend vers des prises en soins pour des personnes polytoxico-dépendantes ; les dépendances évoluant et se diversifiant de plus en plus à notre époque.

Cette unité est menée par une équipe pluridisciplinaire, constituée d'une psychiatre et son interne, une somaticienne et son interne, deux psychologues et leurs stagiaires, un acuponcteur, un kinésithérapeute spécialisé dans la kinésithérapie respiratoire, huit infirmières, quatre ASH (Agent de Service Hospitalier), une cadre de santé, une assistante sociale, et une diététicienne.

L'unité Eole fonctionne sous forme de cure de sevrage* alcool. Elle s'adresse à une certaine population de patients alcoolodépendants et implique la réalisation, sous contrôle médical, d'un sevrage* total d'alcool chez le sujet. L'unité possède une capacité d'accueil de dix-huit lits, soit seize lits pour un sevrage* complexe et deux pour un sevrage* simple. Ce

dernier consiste en une prise en soin d'une à deux semaines, ce qui correspond à la période pendant laquelle le patient en sevrage* nécessite une surveillance médicale en cas de complication somatique due au manque d'alcool (risques épileptiques, delirium tremens*, etc.). Le sevrage* complexe correspond à un sevrage* simple « prolongé ». Les deux à trois semaines supplémentaires (il est de quatre semaines en tout) sont utilisées pour redonner au patient un cadre solide, un rythme de vie, et des informations complètes sur la problématique alcool.

Après ce sevrage*, l'équipe propose à chaque patient d'établir un projet de suivi psychologique et/ou médical, et facilite l'accès à ceux qui le souhaitent, à une postcure.

3/ L'unité Eole propose une prise en soin très complète des personnes alcoolo-dépendantes dans le cadre d'une cure de sevrage*

Les règles de l'unité Eole, d'après le Livret d'Accueil du CHS La Chartreuse:

L'unité Eole est régie par certaines règles de vie. Elle est ouverte de 8h00 à 12h00 et de 13h30 à 18h00. Sauf contre indication médicale, les curistes peuvent sortir de l'unité et de l'hôpital, en respectant les horaires, et dès le cinquième jour après leur admission, en dehors de tout soin programmé (activité, consultation ou entretien). Ils doivent aviser le personnel de leurs sorties par trace écrite, et n'ont pas de permission autorisée pour une ou plusieurs journées, sauf cas très exceptionnel. Les repas sont pris en groupe, dans la salle de repas, à heures fixes, entre 6h30 et 8h30 pour le petit déjeuner, à 12h15 pour le déjeuner, et à 19h00 pour le dîner. Chaque patient a l'accès libre à sa chambre dans le respect de l'organisation du travail des différents professionnels et en dehors des heures programmées ; ils doivent regagner leur chambre à 18h15 jusqu'à 18h45 (moment pour soi, réfléchir, être seul au calme) ; ils peuvent recevoir de la visite les samedis, dimanches, et jours fériés de 13h30 à 18h00. La participation aux différentes activités du programme de cure est obligatoire pour toutes les personnes. La planification des activités est affichée chaque semaine et les horaires doivent être respectés.

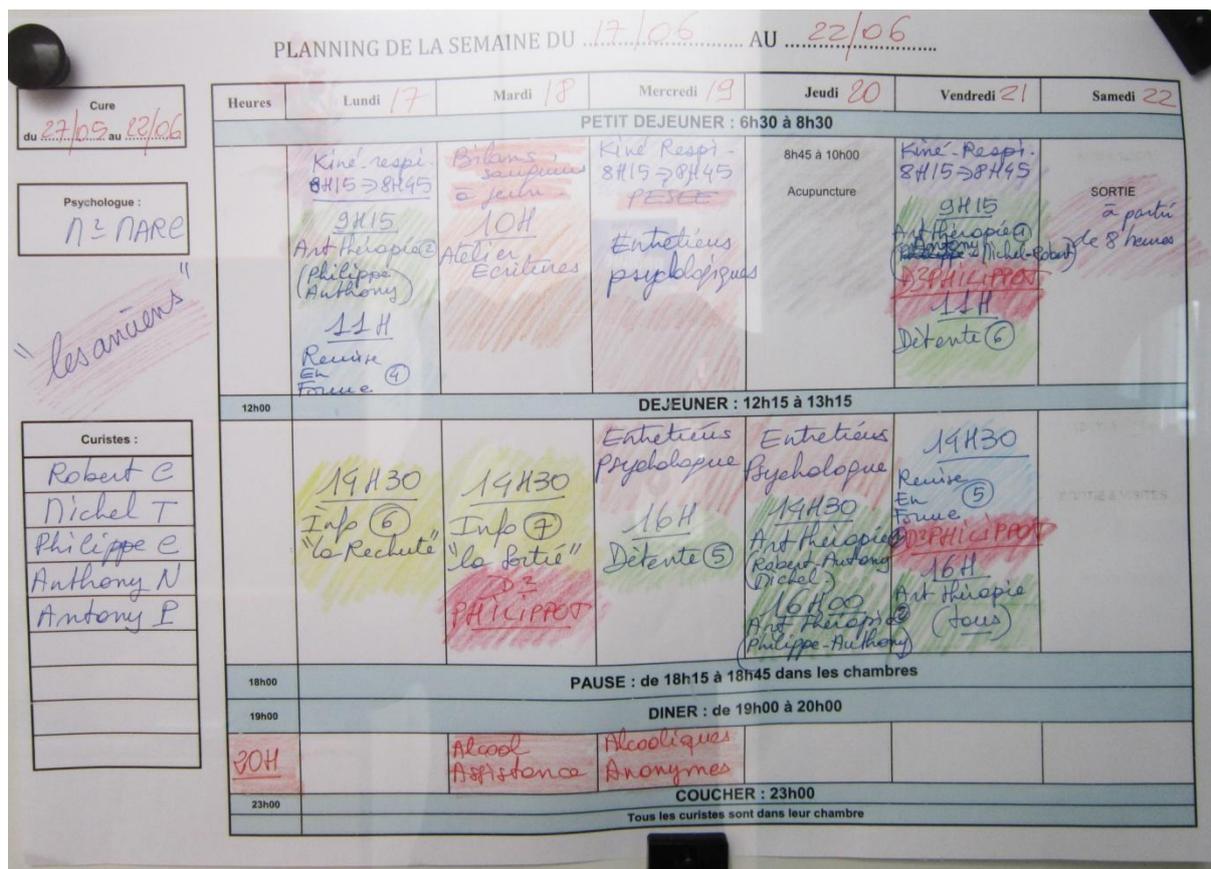


Fig. 7. Exemple de planning hebdomadaire pour les patients de l'unité Eole

Une cour intérieure abritée est accessible aux fumeurs, mais il est interdit de fumer à l'intérieur de l'unité. Les téléphones mobiles sont tolérés avec cependant un usage restreint ; il n'y a pas de téléviseur dans l'unité et l'usage d'un ordinateur ou d'un téléviseur sont proscrits. Par ailleurs, l'usage et l'introduction de boissons alcoolisées, de produits illicites sont rigoureusement interdits ; les curistes doivent prendre uniquement les traitements prescrits par les médecins de l'unité Eole. Ainsi, le non respect de ses règles entraîne directement une remise en question de la cure et peut provoquer son arrêt.

Les patients admis dans le service sont souvent adressés par des CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), par des médecins généralistes, des services de l'hôpital, des assistantes sociales, des Mouvements d'Anciens Buveurs, ou encore par des anciens patients du service.



Fig.8. La salle de repas des curistes et un exemple de chambre de l'unité Eole



Fig.9. Le salon de l'unité Eole ; sa cour intérieure disposant d'un salon d'extérieur ainsi que d'un terrain de jeux

Le plan de cure, d'après la Charte de l'unité Eole¹⁸ :

« L'unité reçoit des malades alcooliques qui ont fait un cheminement important lorsqu'ils arrivent puisqu'ils reconnaissent à des degrés divers leur problème avec l'alcool. Ils répondent aux critères de l'alcool-dépendance et ne présentent pas par ailleurs de pathologies psychiatriques ou somatiques non stabilisées. Les troubles psychiatriques les plus fréquents sont des troubles anxio-dépressifs et des troubles de la personnalité. L'organisation des soins et le fonctionnement de l'unité ne sont pas adaptés pour la prise en charge des pathologies psychiatriques « sévères ». Le recours à l'agressivité n'est pas compatible avec l'utilisation du groupe comme facteur thérapeutique. L'inscription ne peut se faire que par le futur curiste lui-même ; aucun intermédiaire ne peut inscrire une autre personne même si les familles sont incluses dans l'accueil et la prise en charge du patient. Elle se fait le plus souvent par téléphone et, si les conditions le permettent, le futur curiste se présente dans l'unité pour un entretien et une visite. Il ne s'agit pas de lui imposer des soins, il accepte le dispositif de

¹⁸ Le plan de cure est disponible au sein du CHS la Chartreuse mais ne donne pas de référence bibliographique

soins. A cette première prise de contact, il lui est expliqué la cure, son fonctionnement, et il lui est demandé de préciser ses besoins et de se situer par rapport à cette demande de cure. Si l'inscription est validée, le patient doit rappeler deux fois par semaine le service pour motiver sa demande jusqu'à sa date d'entrée.

Lors de l'accueil du patient, la constitution d'un dossier et un entretien infirmier permet de cerner les circonstances de la venue en cure, les grandes lignes de l'anamnèse du patient, sa biographie, et une première évaluation clinique. Ensuite, le patient rencontre le médecin psychiatre qui oriente son examen sur l'évaluation de l'état psychique et la place de l'addiction dans le fonctionnement psychique du patient. Les traitements psychotropes sont réévalués et un traitement est prescrit pour éviter des complications au sevrage* alcool. Le patient est également examiné dès le premier jour par un médecin interniste qui, après examen clinique, prescrit les traitements à visée somatique et des examens para-cliniques utiles au bilan de son état de santé souvent altéré et négligé.

A son arrivée, une infirmière accueille le patient, l'installe dans sa chambre et lui explique les principales règles de vie de l'unité : un entretien individuel infirmier est proposé pour établir le parcours du curiste, les circonstances de sa venue en cure et permet le recueil d'éléments biographiques. Ce temps d'écoute est exploité lors des réunions de synthèse hebdomadaires en équipe pluridisciplinaire. Il est important également d'ajouter à ce temps d'accueil la participation des « anciens » curistes (le groupe arrivé deux semaines auparavant) qui partagent leur expérience et instaurent une relation de soutien.

Pendant cette cure, le patient interrompt complètement sa consommation d'alcool. Il bénéficie d'une surveillance et d'une disponibilité des différents professionnels qui lui proposent une attention particulière. Cet arrêt brutal de prise de toxique s'accompagne de différents troubles somatiques qui nécessitent des soins infirmiers (surveillance, écoute, hydratation, ...) et chaque jeudi matin, un acupuncteur apporte sa contribution pour réduire les effets de manque, favoriser le sommeil et recentrer l'énergie.

La prise en charge est donc pluridisciplinaire. Une synthèse d'équipe, animée par le psychiatre (chef de service) est programmée tous les jeudis. C'est le psychiatre qui assure l'évaluation de la personne, son traitement, son suivi et organise les conditions de sortie. Le médecin somaticien offre une évaluation, un traitement et le suivi de l'état du patient sur le plan organique. Etant donné que 95% des patients accueillis dans l'unité sont également dépendants au tabac, une prise en charge des fonctions respiratoires est proposée en collaboration avec le kinésithérapeute et le médecin acupuncteur. Des EFR (explorations fonctionnelles respiratoires) sont réalisées la première semaine de cure par le kinésithérapeute et trois séances de kinésithérapie respiratoire hebdomadaire ont lieu sur prescription médicale. Aussi, les curistes bénéficient d'un suivi individuel avec le psychologue référent du groupe pendant tout le séjour, ainsi qu'une information sur les postcures présentée par l'Assistante Sociale du service et une information par la diététicienne. Les infirmières animent des prises en charge de groupe par des séances d'informations sur la problématique alcool (séances qui ont pour but d'informer le patient sur sa maladie, créer un espace de parole, envisager les risques de réalcoolisation, aborder les risques liés au tabac), une séance de vidéo expression (visionnage en groupe d'un film qui aborde la problématique alcool), une synthèse mi-cure (pendant laquelle chaque patient fait le point sur son parcours après deux semaines en cure), six séances de relaxation (afin de retrouver calme et tranquillité, travailler le souffle, être à l'écoute de ses sensations corporelles), cinq séances de gymnastique douce (basées sur le geste, les étirements afin de libérer les tensions du corps*) et trois ateliers d'écriture (permettant de redonner la parole aux patients, exprimer leurs émotions, raconter leur histoire).

Un temps individuel avec une infirmière peut également être consacré à la réalisation d'une biographie.

Le premier samedi de chaque mois, des associations néphalistes sont présentes lors de réunions ouvertes qui ont lieu dans l'unité afin de témoigner de leurs expériences et proposer leur soutien aux patients à leur sortie.

L'un des objectifs de l'unité est de permettre, à partir de l'expérience du sevrage* et grâce à des interventions appropriées, la prise de conscience de dépendance à l'alcool et l'initiation du désir d'exister sans alcool. La cure n'est qu'une étape dans le processus de l'abstinence, un espace privilégié pour se poser et réfléchir au rapport avec l'alcool. »

B) Un soin en Art-thérapie à dominante arts plastiques est établi au sein du service addictologie

1/ L'atelier d'Art-thérapie s'inscrit dans la dynamique de soin instaurée dans le service

C'est après un entretien avec la chef de service, médecin psychiatre, ainsi qu'avec la cadre de santé (maître de stage de l'Art-thérapeute stagiaire) qu'il est convenu d'instaurer un atelier d'Art-thérapie au sein du service addictologie. En effet, malgré le fait qu'il n'y ait jamais eu d'Art-thérapeute dans l'unité, il se trouve que d'autres services du Centre Hospitalier la Chartreuse bénéficient de ce type de soin ; au vu des échos positifs de cette discipline que renvoient les équipes médicales des autres pôles, il semble alors intéressant et pertinent de tenter cette expérience à Eole. Il est alors transmis à l'A.T.S* le règlement de l'établissement, ainsi que le plan de cure et le livret d'accueil dédié aux patients, afin qu'elle puisse s'adapter au mieux au fonctionnement de l'unité.

La chef de service pose alors un cadre aux ateliers d'Art-thérapie pour que ceux-ci concordent à l'organisation des ateliers déjà en place. Elle demande en effet à ce que les séances d'Art-thérapie soient groupales, étant donné que toute activité dans l'unité est basée sur la fonction thérapeutique du groupe ; elle souhaite également qu'il n'y ait pas plusieurs petits groupes, car cela ne coïnciderait pas avec le planning relativement chargé des patients. Il est donc convenu de mettre en place deux ateliers afin de diviser le groupe en deux et que ceux-ci soient tout de même gérables pour l'A.T.S*. Ces ateliers dureront 1h15 environ, à raison de deux séances par semaine et par groupe, pendant trois semaines et non quatre, puisque la première semaine de cure, aucune activité n'est possible de par l'état somatique affaibli des patients. Aussi, deux salles polyvalentes sont proposées à l'A.T.S* comme lieu d'atelier, ce qui implique l'impossibilité d'investir une salle de façon durable, elle doit être de nouveau disponible et vide après chaque séance.

Les ateliers d'Art-thérapie sont donc une première expérience pour l'équipe, comme pour le service, ainsi que pour les curistes. L'équipe elle-même, et notamment les infirmières, accueille cette nouvelle discipline avec engouement, curiosité et positivité. Les séances constituent, selon le médecin psychiatre et la cadre de santé, un soin supplémentaire original et novateur apporté aux patients, contribuant à leur mieux être et participant à l'amélioration de leur qualité de vie.

2/ La stagiaire Art-thérapeute assiste au programme de sevrage* de son groupe de patients dans son intégralité

L'A.T.S*, avec l'accord du médecin psychiatre, fait le choix d'entrer dans le service et débiter son stage le jour même de l'arrivée du nouveau groupe de patients (huit personnes pour un sevrage* complexe et une personne pour un sevrage* simple) afin d'appréhender les lieux, le personnel médical et paramédical, et découvrir le groupe de « curistes » en même temps que l'équipe. Elle souhaite vivre la cure dans sa globalité, certes avec un regard de professionnel et non de patient, mais de manière à mieux comprendre la prise en soin au sein du service. L'A.T.S* a donc accompagné ce groupe, avec l'accord de chaque intervenant et soignant, tout au long de son séjour, à toutes les activités qu'il lui a été possible de suivre, comme les ateliers de détente, de remise en forme, d'écriture, ainsi qu'aux réunions d'informations très complètes relatives à l'alcool et aux réunions de synthèse de l'équipe. Le groupe s'est très vite habitué à sa présence et s'est toujours montré enthousiaste à sa venue. Par ailleurs, son assiduité aux activités quotidiennes lui a permis de mieux cerner les difficultés des patients, et ce, plus rapidement qu'à travers seulement les séances d'Art-thérapie, et donc de poser des objectifs thérapeutiques dès la première séance.

3/ En accord avec le groupe de curistes, l'atelier d'Art-thérapie à pour dominante principale le modelage en argile

C'est grâce à quelques lectures au sujet de l'argile dont il est question dans le paragraphe précédent, ainsi qu'à des expériences professionnelles et personnelles intéressantes, que l'A.T.S* choisit pour dominante principale le modelage en argile dans ses ateliers d'Art-thérapie au sein du CHS la Chartreuse. L'équipe redirige l'A.T.S* vers une infirmière Art-thérapeute travaillant dans un autre pôle de l'hôpital, afin qu'elle puisse lui prêter le matériel nécessaire et lui faire part de sa propre expérience du modelage auprès de patients ; elle renforce ainsi l'idée première de l'A.T.S* quant aux qualités bienfaites du matériau.

A la fin de la première semaine de sevrage* du groupe, l'A.T.S* s'entretient individuellement avec chaque curiste. Le but de cet entretien est d'expliquer ce qu'est l'Art-thérapie et en quoi vont consister les ateliers. L'A.T.S* demande dans un premier temps les expériences de chacun dans des activités artistiques ou manuelles, plus précisément dans le modelage, et leur goût* pour l'Art. Ensuite, elle expose le projet : celui-ci consiste à faire une première séance d'expérimentation de l'argile, puis les séances suivantes, de créer un masque en argile à l'image des masques Africains, et enfin si le temps le permet, de créer une œuvre commune, une sorte de totem d'argile. Le thème de l'Afrique permet une sorte de voyage onirique à travers les cultures de pays lointains ; les masques Africains renvoient à cette période du Primitivisme dans l'Art pendant laquelle l'Europe a été prise d'intérêt et d'admiration pour les objets archaïques aux formes esthétiques et à la fois simplifiées, provenant de cultures dites « primitives ». En somme, le matériau utilisé ainsi que le sujet choisi permettent d'instaurer un contexte culturel et temporel tout à fait particulier au sein des ateliers, et de faire primer l'instinctif, l'archaïsme, et le sensitif.

Bien que ceux-ci soient obligatoires, par souci de ne pas imposer quelque chose de vécu comme une contrainte (auquel cas, l'A.T.S* se serait mieux adaptée) et afin de mesurer leur implication, l'A.T.S* demande à chaque patient s'il est intéressé et souhaite participer

aux séances. Unaniment, les curistes ont répondu positivement et avec envie à cette proposition de projet. C'est donc dans un premier élan* commun que les ateliers d'Art-thérapie ont pu être mis en place et débiter à l'unité Eole.

C) Le déroulement des séances d'Art-thérapie ainsi que certains objectifs thérapeutiques sont communs à l'ensemble des patients

Comme expliqué précédemment, les ateliers d'Art-thérapie sont en groupe. Ne disposant pas de l'aide d'un co-thérapeute durant les séances, l'A.T.S* fait le choix de mettre en place un atelier dirigé, dont le déroulement sera commun au groupe. En outre, les patients souffrant d'une même pathologie, il semble pertinent de développer une stratégie thérapeutique collective, selon les pénalités communes, et de cibler par la suite des sites d'action* de façon plus individualisée à chaque patient.

Selon les données de la première partie de ce mémoire, les objectifs généraux posés pour ces groupes sont tout d'abord de favoriser l'entraînement corporel et l'engagement*, avec un premier élan* pour l'activité, mais également de raviver les gratifications sensorielles, notamment à travers l'introduction du Beau*, ce qui induit l'affirmation du goût* et de soi ; enfin d'amener le groupe à la volonté d'un projet élaboré dans le temps, permise par l'apprentissage et l'assimilation de savoir-faire, en lien avec la confiance en soi*.

1/ La première séance sert d'introduction à l'atelier et permet une analyse globale du groupe et de ses besoins

A cette première séance, une infirmière de l'unité est présente afin d'observer le déroulement d'un atelier d'Art-thérapie ; élément qui ne perturbera pas le groupe pendant l'atelier, puisqu'elle participera aux différents exercices comme les patients.

Après avoir aidé à l'installation du matériel dans la salle, chacun prend place. Dès la distribution de morceaux d'argile, on remarque de la part du groupe, un premier élan* de curiosité pour la matière avec un éveil des sens : le visuel leur rappelle le goût* et leur donne envie ; ils comparent l'argile à du chocolat.

Cette première séance est surtout l'occasion pour le groupe de tester, manipuler, voire malmener la matière, afin de connaître les possibilités et les limites de celle-ci. Dans un premier temps, le travail est essentiellement du domaine de l'Art I*, c'est-à-dire de l'archaïsme pur, de l'intuitif. Le but est de se concentrer sur le champ des sensations, des impressions, prendre le temps et se donner la possibilité de ressentir les choses par l'expérimentation de la matière, sans intellectualisation (pour l'opération artistique, le travail se fait en [2] et [3]).

De par ces premiers exercices, l'A.T.S* peut observer les capacités motrices de chaque patient : leur capacité à gérer la pression de leurs mains et de leurs doigts, leur force, la rigidité et la souplesse des mains. Cela permet également d'apprécier chez les patients leur accès aux impressions, notamment par la malaxation de l'argile, et lorsqu'ils devront tester les différents outils mis à leur disposition et leur impact sur la matière.

Dans un deuxième temps, face à quelques blocages de la part de certains patients, l'A.T.S* décide de réduire le champ des possibilités, vécu pour certains comme une liberté angoissante, en dirigeant de plus en plus l'atelier. Elle propose un thème plus précis afin d'observer la capacité d'imagination et de créativité de chacun. Après discussion et sous l'impulsion du groupe, il s'agit de créer un tam-tam, dans la forme, la proportion et le style*,

libres. Cet exercice est aussi l'occasion d'observer leur façon de construire quelque chose, la représentations qu'ils en ont, la précision et le soin qu'ils y apportent, ainsi que leur engagement* dans l'activité. Au bout de quelques minutes, il y a un vrai silence de concentration, chacun est dans sa production, ne regarde plus son voisin, malaxe, retire de la matière, mouille,...

Comme certains patients du groupe ont terminé pendant que d'autres peaufinent leur production, l'A.T.S* propose de commencer à réfléchir à une sorte de « bonhomme », même très simplifié et dans des proportions libres, qui serait en interaction avec le tam-tam. C'est une façon d'amener le groupe à penser aux formes du corps* humain, ses proportions, à la structure et aux ressentis corporels* (le [3] et le [4] dans l'opération artistique). Cela permet aussi d'enclencher des mécanismes de logique et de physique (comment les faire tenir ensemble, les lier) ainsi que l'affirmation d'un goût*, d'un style*, d'une envie (réaliser un corps* plus ou moins grand, en relief ou non, debout ou couché,...).

Cette première séance a permis effectivement à la stagiaire Art-thérapeute d'observer le groupe et d'en comprendre ses attentes, de compléter sa fiche d'observation, et d'étayer l'état de base de chaque patient avec leurs difficultés et leurs capacités propres.

2/ De la Séance 2 à la Séance 5 sont réalisés des masques en argile

A chacune de ces séances, le travail se fait surtout dans le [6] de l'opération artistique, c'est-à-dire dans l'apprentissage des techniques en vue d'une production, mais il est déjà initié dans les phases précédentes. L'attention se porte sur la capacité des patients à comprendre une consigne et à intégrer de nouveaux savoir-faire, sur leur concentration, leur style*, ainsi que la précision du geste, le travail de finesse et de symétrie.

A partir de la deuxième séance, l'A.T.S* est toujours seule avec ses patients, étant donné que le nombre de curistes par groupe s'est réduit au fur et à mesure des séances.

A la séance 2, l'A.T.S* choisit de ne pas revenir sur les productions de la séance 1, qui seront revues en fin de cure, mais de commencer directement sur le projet des masques en argile. Dans cette séance, il s'agit surtout de modeler la forme ovale du masque, tracer des lignes de constructions selon un schéma type¹⁹ (Fig.10), (les futurs emplacements du nez, de la bouche, etc.), placer les yeux par l'empreinte du pouce et façonner le nez et son arête.

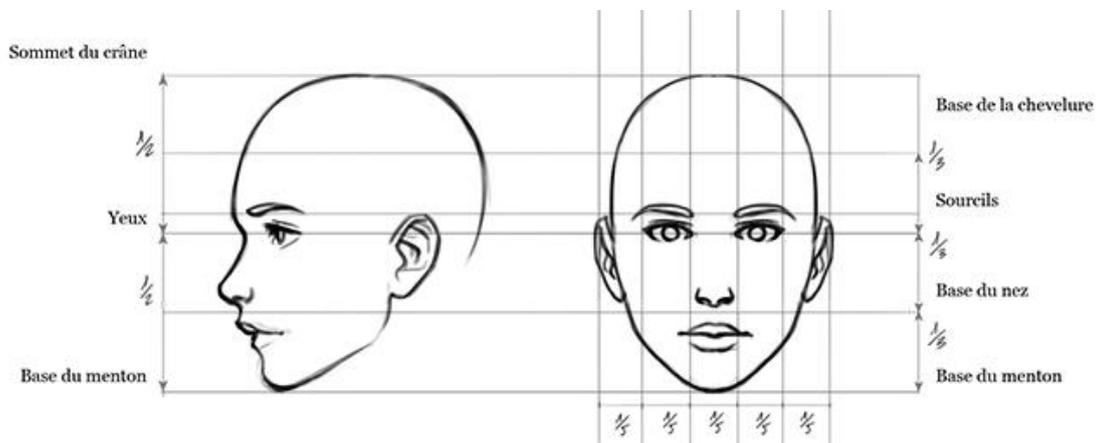


Fig. 10. Types de schémas présentés aux patients pour comprendre la construction d'un visage

¹⁹ Ce type de schéma est utilisé par l'A.T.S* à chaque séance

La séance 3 est troublée par différents phénomènes associés* : le groupe 1 n'est constitué plus que de trois personnes et le groupe 2 de deux personnes, en raison de la sortie définitive des autres patients (certains après une réalcoolisation lors de leur permission de sortie). A cette séance, les groupes sont donc perturbés, et à cela s'ajoute la permutation de deux patients à cause de rendez-vous médicaux. L'A.T.S* doit alors gérer, au sein d'un même groupe, deux états d'avancements différents, ce qui rend la séance moins fluide. Globalement, à cet atelier sera réalisé les yeux (globe oculaire, paupières), les arcades sourcilières et le creux sous les yeux (les « cernes »). A chaque séance on augmente quelque peu la difficulté, et cette partie des yeux est très délicate à réaliser. Elle permet cependant d'analyser l'engagement*, la persévérance, la minutie et la précision. A la fin de cette séance, personne n'a pu terminer les yeux des masques et chacun semble frustré de ne pas avoir eu plus de temps.

En séance 4, l'atelier est semi-dirigé. En effet, il y a plusieurs éléments à constituer donc les patients ont le choix de procéder dans l'ordre qu'ils souhaitent. Ils vont donc reprendre la formation des paupières (fin), l'iris et la pupille, les tempes, les pommettes, les sourcils, avec le lissage et l'amélioration du front et des joues. Le lissage des parties réalisées dans les séances précédentes permet de travailler sur le perfectionnement et l'idéal esthétique*. Pendant cette séance, chacun est allé à son rythme, n'a pas poursuivi le masque de la même façon ou selon le même ordre des étapes. L'A.T.S* a donc modifié sa stratégie thérapeutique par rapport à la séance 3 et a permis cette flexibilité dans la façon de progresser,. L'atelier était donc davantage dans la favorisation de l'autonomie.

En séance 5, il s'agit de terminer le modelage du masque. L'ambiance générale s'annonçait plutôt tendue par le départ précipité d'un des patients qui a eu lieu la veille au soir ; tandis qu'un autre curiste était triste et en colère car il a des soucis avec son foyer d'hébergement. Grâce à l'équipe, l'A.T.S* est au courant de tout ceci, et dès le début de séance, repose le cadre de l'atelier. A cette séance, sont ajoutés au masque de chacun la bouche, les narines, la « marque des anges » (creux entre le nez et la bouche) ainsi que le menton, puis l'harmonisation du « visage » et le lissage final sont effectués. Finalement, le groupe a très bien fonctionné pendant cette séance, malgré les perturbations de chacun, il était même très jovial. En effet, l'A.T.S*, sachant les troubles susceptibles de perturber le groupe, a mis bien plus encore de son énergie et de gaieté dans cette séance, afin qu'il y ait une coupure avec le reste de la journée ; le groupe a beaucoup ri. Par ailleurs, chaque patient a pu terminer le modelage de son masque.

3/ La peinture décorative devient la dominante de l'atelier à la Séance 6

La séance 6 est la dernière séance d'Art-thérapie, et a lieu le dernier jour de cure. Cette séance est consacrée exclusivement à la décoration du masque de chacun par l'ajout de peinture, sachant qu'il s'agit de l'unique séance dédiée à cela, puisque dès le lendemain matin, le groupe termine cette cure et quitte l'unité Eole.

Par conséquent, l'A.T.S* manque quelque peu de temps pour donner les techniques de base de la peinture décorative. Elle choisit donc de rendre l'exercice libre, et pose quelques images de masques peints (masques de Venise, de carnaval, africains, etc...) sur les tables de l'atelier, pour leur donner des idées et éviter tout blocage. Le groupe dispose alors de pinceaux de différentes tailles, ronds ou brosses, de tubes de peintures acryliques de couleurs déjà préparées car il n'y a que cette séance pour terminer et pour qu'ils puissent emporter leur production avec eux le lendemain (souhait formulé par plusieurs membres du groupe).

Idéalement, cette séance aurait pu être la première d'une série de séances consacrée à la peinture décorative, avec des premières séances d'expérimentations de la peinture sur papier, afin de comprendre la matière et l'utilisation des outils qui peuvent lui être associés. Et c'est après plusieurs séances et de nouveaux savoir-faire acquis, qu'il aurait été judicieux de proposer la décoration du masque d'argile par la peinture. Mais la durée de la cure ne le permettant pas, les stratégies ont été revues et corrigées.

Dans les objectifs, le travail se fait moins dans l'apprentissage de techniques (ici la peinture décorative), mais plutôt dans la production [7], en vue de la montrer comme œuvre d'art [8] : on est davantage dans le faire que dans le « comment faire ». L'appréciation du Beau* se fait ici également, car la peinture joue un rôle ornemental qui n'est pas nécessaire à la compréhension de l'objet mais qui permet de lui ajouter une valeur esthétique*, ainsi qu'une empreinte par le style* et le goût* du patient. L'accent est davantage mis sur le fond comparé aux séances précédentes.

Pendant la séance, on sent qu'il s'agit du dernier jour, l'ambiance générale est plus légère et le temps à l'extérieur y participe aussi, puisqu'il fait très beau et chaud. L'atelier s'est bien déroulé, chacun a pu ajouter une décoration à son masque, de façon tout à fait autonome et personnelle, et a pu terminer le projet dans les temps.

4/ Une présentation des travaux du groupe a lieu en fin de cure de sevrage*

Le dernier jour du programme de cure, ont été présentées les productions réalisées par les patients ayant bénéficié de séances en Art-thérapie. L'A.T.S* a donc, avec l'aide des patients présents à ce moment là, disposé les différentes réalisations sur les tables du salon de l'unité Eole. Les autres curistes n'ayant pas participé à ses séances ainsi que les membres de l'équipe médicale ont pu venir observer ce qui a été fait. C'est donc dans une ambiance très calme et respectueuse que les curistes ont pu présenter leurs productions. Cette sorte d'« exposition » avait pour but de travailler surtout sur la phase [8] de l'opération artistique, c'est-à-dire de valider la production comme œuvre d'Art par le monde extérieur. Ceci permet alors à l'auteur lui-même de valider son travail comme œuvre reconnue par tous et d'améliorer la valeur qu'il se porte, ainsi que celle qu'on lui porte ; l'estime de soi*, étant souvent fortement dégradée chez les personnes alcoolo-dépendantes. Cette « exposition » semblait aussi l'occasion pour l'A.T.S* de montrer le type d'atelier qu'il est possible de proposer dans des séances d'Art-thérapie, bien que l'atelier ne se résume pas à un résultat de production. Ainsi, les masques et les tam-tams étaient au regard de tous. Les patients des ateliers n'ont pas toujours reconnu leur propre tam-tam, ils avaient oublié la forme qu'ils leur

avaient donnée, mais semblaient satisfaits de les retrouver. Ce qui n'a pas pu être contrôlé, et au regret de l'A.T.S*, ce sont les commentaires des autres groupes de curistes n'ayant pas participé aux séances. Même si dans l'ensemble, il n'y a pas eu de réactions négatives de leur part, le simple fait de féliciter énormément l'un des auteurs quant à sa production, et pas les autres, a créé un léger malaise et aurait pu entacher l'estime de soi* de certains patients. Heureusement, l'équipe soignante a su reposer le cadre rapidement et rétablir une ambiance positive. Malgré tout, l'A.T.S* reste assez sceptique sur l'idée de cette « exposition » et préconise de prendre davantage de précautions à une éventuelle autre « exposition » à l'avenir.

5/ L'évolution du groupe au cours des séances d'Art-thérapie se révèle par l'observation de différents faisceaux d'items* sous forme de tableaux et graphiques

C'est à travers diverses cotations que l'A.T.S* a pu observer l'évolution de chaque patient au cours des séances d'Art-thérapie, au sein de l'unité Eole. Chaque faisceau d'items* regroupe plusieurs items* cotés par l'A.T.S* et défini par elle. Ces faisceaux ont été choisis en fonction des objectifs généraux posés pour l'ensemble du groupe en début de prise en soin. Cette évaluation est nécessaire pour suivre l'évolution des curistes dans le soin thérapeutique. Etant donné que la prise en soin est groupale, l'A.T.S* a fait le choix d'appliquer ses observations selon les faisceaux d'items* suivants, de façon globale au groupe, tout en se focalisant davantage sur certains d'entre eux, dans ses observations individuelles.

Voici les faisceaux d'items* principaux révélés par la fiche d'observation et utilisés pour l'ensemble des patients :

- **Implication pendant les séances**

Concentration	Relation à l'Art-thérapeute	Relation dans le groupe
1- Inexistante	1- Agressive	1- Agressive
2- Dispersée	2- Réticente	2- Réticente
3- Variable	3- Indifférente	3- Indifférente
4- Bonne	4- Polie	4- Polie
5- Totale	5- Cordiale	5- Cordiale

L'implication pendant les séances peut regrouper les items* de la **concentration**, de la **relation à l'Art-thérapeute**, mais aussi **de la relation dans le groupe**.

L'item* de la **concentration** évalue la capacité du patient à focaliser son attention sur ce qui se passe en séance, et montre son implication cognitive et motrice dans l'atelier.

L'item* de la **relation à l'Art-thérapeute** implique le comportement du groupe vis-à-vis de l'Art-thérapeute pendant la séance ainsi que son savoir-être (en lien avec le Bon* et l'engagement*).

L'item* de la **relation dans le groupe** transcrit le comportement entre les patients ainsi que leur savoir-être.

- **Action**

Cohérence vis-à-vis des consignes	Prise d'initiative	Rapport fond/forme	Difficulté dans l'exécution
1- Aucune 2- Faible 3- Variable 4- Bonne 5- Très bonne	1- Aucune 2- Tentative mais échec 3- Légère 4- Ponctuelle 5- Régulière	1- Aucun 2- Peu équilibré 3- Equilibré	1- Ne veut pas faire 2- Souvent bloqué 3- Réalise avec difficulté 4- Réalise bien mais a besoin de temps 5- Réalise sans problème

Le faisceau d'items* de **l'action** concerne les moyens mis en place pendant la production de l'œuvre et peut regrouper la **cohérence vis-à-vis des consignes**, la **prise d'initiative**, le **rapport fond/forme**, ainsi que la **difficulté dans l'exécution**.

L'item* de la **cohérence vis-à-vis des consignes** correspond à la capacité du patient à comprendre les consignes et agir selon elles. Il met en jeu les fonctions cognitives.

L'item* de la **prise d'initiative** évalue la fréquence avec laquelle le patient décide de lui-même d'entreprendre une action non demandée mais qui lui semble nécessaire, en allant au-delà de la consigne initiale tout en restant cohérent avec celle-ci. Cet item* engage la volonté et l'élan* moteur.

L'item* du **rapport fond/forme** implique l'équilibre et la proportion, dans la production du patient, entre son aspect formel, c'est-à-dire tel qu'il apparaît dans sa configuration extérieure, et le souhait de sa représentation. Cet item* est important pour le travail de l'intentionnalité.

L'item* de la **difficulté dans l'exécution** correspond à la capacité du patient à produire et permet de suivre son évolution dans la technique.

- **Affirmation de soi***

Capacité à faire des choix	Capacité à exprimer son ressenti	Réaction aux stimuli sensoriels
1- Inexistante 2- Moindre 3- Si sollicité 4- Régulière 5- Totale	1- Inexistante 2- Moindre 3- Si sollicité 4- Ponctuellement 5- Régulièrement	1- Déplaisir 2- Réticence 3- Indifférence 4- Plutôt agréable 5- Plaisir

L'affirmation de soi* peut regrouper les items* de la **capacité à faire des choix**, la **capacité à exprimer son ressenti**, ainsi que la **réaction à la stimulation sensorielle**.

L'item* de la **capacité à faire des choix** implique pour le patient la capacité à faire part de ses envies et de ses goûts* en lien avec son intention esthétique*. Cet item* mobilise les facultés cognitives et motrices du patient.

L'item* de la **capacité à exprimer son ressenti** correspond à la capacité pour le patient de faire part de ce que lui évoque ou provoque l'atelier lors son déroulement.

L'item* de la **réaction aux stimuli sensoriels** évalue la réaction du patient face aux stimuli de ses sens, provoqués par l'activité artistique. Comme l'item* de la capacité à exprimer son ressenti, il mesure le savoir-ressentir et permet à l'Art-thérapeute d'ajuster son atelier afin d'amener le patient au plus près de la sensation de plaisir et des gratifications sensorielles.

- **Confiance en soi***

Autonomie	Capacité à se projeter dans la séance	Utilisation des nouveaux savoir-faire
1- Sollicite continuellement 2- Sollicite régulièrement 3- Sollicite au début de chaque nouvelle étape de modelage 4- Sollicite peu 5- Produit seul	1- Bloque avant la production 2- A besoin de s'appuyer sur la production du groupe 3- Se laisse aller au fur et à mesure 4- A une idée vague de la production 5- Sait parfaitement ce qu'il veut faire	1- Réfractaire 2- Absente 3- Avec difficulté 4- Bonne 5- Très bonne

La **confiance en soi*** peut regrouper les items* de l'**autonomie**, de la **capacité à se projeter dans la séance**, ainsi que l'**utilisation des nouveaux savoir-faire**. Ce faisceau d'item* permet de voir l'évolution du patient dans la réalisation de soi et l'élaboration d'un projet dans le temps.

L'item* de l'**autonomie** correspond à la capacité du patient à se gérer seul pendant l'activité après avoir reçu les consignes de l'A.T.S*.

L'item* de la **capacité à se projeter dans la séance** évalue la capacité du patient à suivre une ligne conductrice définie par lui-même pour sa production et en accord avec les consignes données par l'A.T.S*.

L'item* de l'**utilisation des nouveaux savoir-faire** implique l'utilisation par le patient des techniques de production acquises au cours des séances.

- **Estime de soi***

Engagement* et intérêt	Valorisation de ses capacités
1- Aucun 2- Faible 3- Variable 4- Réceptif 5- Très volontaire	1- Se dévalorise continuellement 2- Est sceptique sur ses capacités 3- Variable 4- Est plutôt confiant 5- Montre un sentiment de fierté

Autoévaluation		
Beau*	Bien*	Bon*
1- Pas du tout 2- Un peu 3- Convenable 4- Plutôt bien 5- Très bien	1- Pas du tout 2- Un peu 3- Convenable 4- Plutôt bien 5- Très bien	1- Pas du tout 2- Un peu 3- Convenable 4- Plutôt bien 5- Très bien

L'**estime de soi*** peut regrouper les items* de l'**engagement* et intérêt**, de la **valorisation de ses capacités**, et de l'**autoévaluation**.

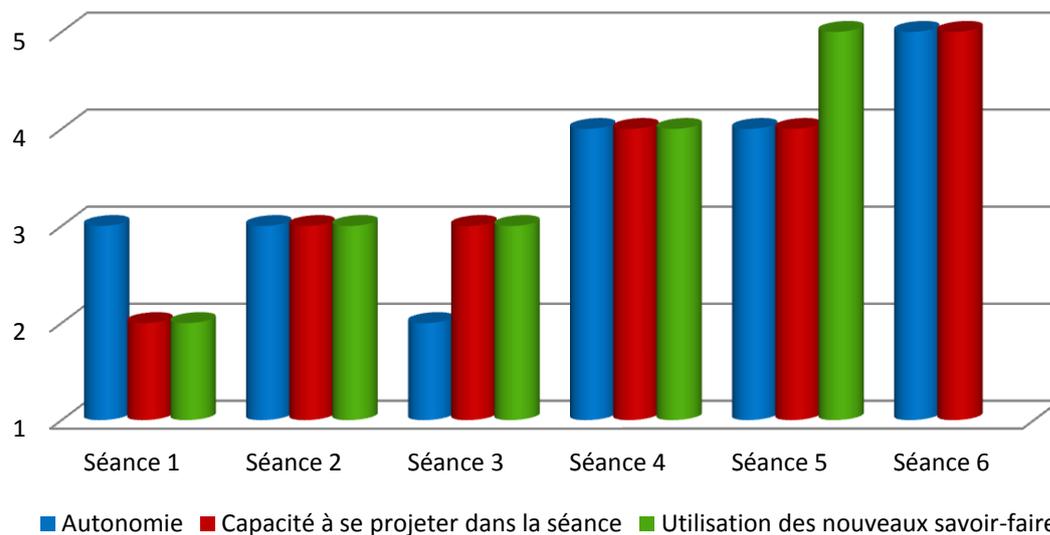
L'item* de l'**engagement* et intérêt** correspond à l'investissement psychique du patient dans l'atelier et son élan* corporel vers celui-ci.

L'item* de la **valorisation de ses capacités** implique la valeur et le mérite que se donne le patient et la croyance qu'il a en ses aptitudes.

L'item* de l'**autoévaluation** mesure l'évaluation du patient sur sa propre production, esthétiquement et techniquement parlant, ainsi que son envie de poursuivre l'activité, autrement dit le Beau*, le Bien*, le Bon.

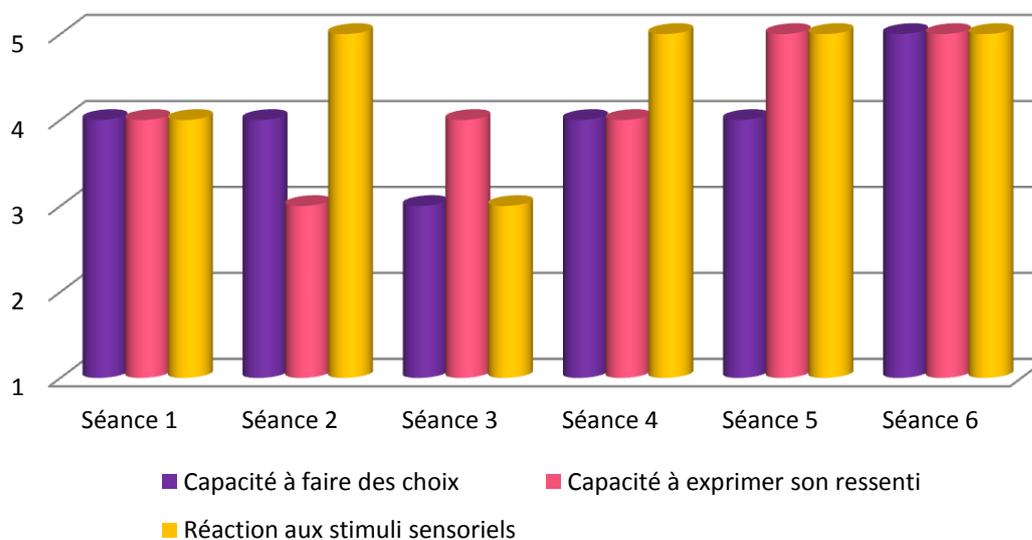
Selon les tableaux précédents et au regard des différentes cotations qui ont été effectuées par l'A.T.S* durant les séances, il est possible d'établir une évolution du groupe selon certains objectifs généraux posés pour celui-ci.

Confiance en soi



En ce qui concerne le travail sur la confiance en soi*, et au regard du graphique ci-dessus, on constate une évolution générale positive. En effet, la séance 3 marquant une séance plus difficile en terme de technicité, a eu un impact sur l'autonomie du groupe, qui a davantage sollicité l'A.T.S*. Cependant, les autres indicateurs sont en progression constante jusqu'à la séance 6. A noter, l'absence de cotation pour l'item* de l'utilisation des nouveaux savoir-faire à la dernière séance, étant donné qu'il y a eu un changement de dominante. Il semblerait qu'en apprenant et assimilant de nouvelles techniques, le groupe a pu se sentir plus autonome dans l'atelier et se projeter davantage, ce qui évoque une amélioration de la confiance en soi* pour l'ensemble du groupe.

Affirmation de soi



D'après le graphique ci-dessus, le faisceau d'items* de l'affirmation de soi* connaît également une évolution positive. Au fur et à mesure des séances, par le principe de sympathie, le groupe a pu évoluer dans un espace agréable au sein de l'atelier, ce qui se traduit par une amélioration de l'expression du choix, du goût* et des ressentis. A l'atelier de la séance 3, la difficulté de l'exercice a quelque peu parasité les plaisirs sensoriels du groupe, qui s'est davantage fixé sur la technique. Cependant, les patients ont tout à fait pu exprimer leurs ressentis, même négatifs, lors de cette séance.

6/ Un bilan de groupe est effectué par l'A.T.S* en fin de prise en soin

De façon générale, il est possible de faire un bilan sur les ateliers d'Art-thérapie auprès du groupe de curistes en soin à l'unité Eole.

Il s'agit d'un groupe agréable, très diversifié en terme de personnalités, mais bénéficiant cependant d'une belle cohésion et d'une bonne entente. Lors des ateliers, ils ont assez peu communiqué entre eux, car ils se concentraient sur leur production individuelle. S'ils parlaient, c'était plutôt en lien avec l'exercice et s'adressaient le plus souvent à l'A.T.S*.

Par ailleurs, il n'a pas été jugé nécessaire de proposer ici un graphique montrant l'évolution de l'implication du groupe dans la séance (par les items* de la concentration et de la relation), puisque celle-ci fut constante et de qualité. Le groupe s'est toujours montré volontaire et enthousiaste dans l'atelier, se mobilisant pour installer et ranger la salle ou proposant des idées pour le bon fonctionnement de la séance. Par exemple, lorsque certains patients ont manqué une séance, ils proposaient systématiquement à l'A.T.S* d'intégrer la séance de l'autre groupe pour rattraper leur « retard ». Ainsi, l'engagement* et l'intérêt pour les ateliers d'Art-thérapie furent également constants et de qualité tout au long des séances.

L'expérience du modelage, nouvelle pour la plupart, a été unanimement reconnue comme agréable, plaisante et apaisante. Ceci est renforcé par la représentation graphique

précédente (graphique de l'affirmation de soi*), indiquant la réaction positive du groupe face aux stimuli sensoriels générés par l'atelier.

Tout au long des séances, l'A.T.S* a placé les productions des patients sur les tables de l'atelier dès leur arrivée. De façon presque systématique, aucun d'entre eux n'a su retrouver son masque, et la plupart l'ont reconnu par déduction et au bout de quelques minutes, quand bien même la séance précédente datait de l'avant-veille. Cet élément pourrait remettre en cause la réelle implication des patients dans l'atelier, voire même leur concentration, afin de justifier cet « oubli ». Malgré tout, cette supposition va à l'encontre des résultats présentés en amont. Il semble alors plus judicieux d'évoquer les possibles troubles cognitifs liés à des lésions corticales pour expliquer ce phénomène.

Pour terminer ce bilan art-thérapeutique, il semble important de reprendre les objectifs généraux visés par l'A.T.S* en début de prise en soin. Selon les évolutions présentées graphiquement et les bilans de l'A.T.S*, le groupe a pu effectivement, impulsé par l'élan* psychique et moteur pour l'activité, raviver ses gratifications sensorielles. Il a pu également s'exprimer, tant dans ses goûts* que dans ses ressentis et ainsi s'affirmer tout au long des séances, mais aussi en validant une production comme œuvre artistique auprès des autres curistes et des membres du service. Enfin, les patients de cet atelier ont globalement pu améliorer leur confiance en eux, grâce à l'aboutissement d'un projet élaboré dans le temps.

D) Une étude de cas est présentée afin de rendre compte du travail de la stagiaire Art-thérapeute au sein de l'unité

1/ Monsieur C. souffre d'une dépendance à l'alcool et a bénéficié de six séances d'Art-thérapie

a) Monsieur C. est déjà sevré lorsqu'il intègre l'unité Eole

Monsieur C. est un homme marié de 61 ans, qui a une fille de 41 ans et des petits-enfants. Il était électricien et est à présent en retraite depuis bientôt deux ans. Il a une cirrhose, qui s'est aggravée après sa dernière hospitalisation. C'est à la demande de sa femme qu'il a fait une cure de sevrage* il y a une quinzaine d'années, à la suite de laquelle il est resté abstinent quatre mois. Il vient à l'unité Eole sur les conseils d'un infirmier du Centre Hospitalier de Dôle, où il a été hospitalisé suite à un malaise pour déshydratation, dénutrition et refus de se mobiliser.

Monsieur C. n'a ni antécédent judiciaire, ni psychiatrique. Il est touché par un alcoolisme ancien ; en effet, il consomme tous les soirs, seul, mais ne se cache pas pour s'alcooliser. Il boit environ une bouteille de vin rouge et deux grands pastis par jour. C'est un homme qui n'est pas violent sous alcool. Lorsqu'il travaillait, il buvait un pastis tous les soirs, mais l'alcool ne lui créait pas encore de problème. C'est lorsqu'il a pris sa retraite qu'il a augmenté sa consommation d'alcool, il y a donc environ deux ans.

Monsieur C. souhaite arrêté définitivement sa consommation d'alcool grâce à cette cure car il s'inquiète pour sa santé, mais également en raison des difficultés que cela a engendré dans son couple et auprès de ses proches. Monsieur C. dit être ici pour se retrouver, et pouvoir être plus présent pour sa famille et ses petits-enfants : il veut reprendre son rôle de

« bon » grand-père. Il se dit très motivé, mais semble être dans le déni car à son premier entretien d'entrée dans le service, il n'évoque pas sa cirrhose, parle peu d'alcool, se dit surtout inquiet pour sa femme et dit que pour lui tout va bien.

A noter également pour Monsieur C. un œdème à la jambe, des trous de mémoire, un problème de surdité ainsi que l'arrêt de tabagisme il y a plus de quinze ans.

Monsieur C. était déjà sous traitement médical avant son arrivée dans le service, il lui a été prescrit des vitamines ainsi qu'un traitement tranquillisant aidant au sevrage* alcoolique.

Le jour de son entrée au CHS de la Chartreuse, Monsieur C. apparaît comme un homme très calme, à la voix forte. Au premier abord, il semble être en bonne santé*, répondant facilement et distinctement aux questions de l'infirmière. En effet, il explique ne pas avoir bu depuis deux mois et s'être sevré seul, avec l'aide de sa femme et par l'hospitalisation à Dôle, ce qui explique l'absence de troubles physiologiques. Il avoue avoir été dépendant à l'alcool, « mais plus maintenant » et vivre très bien son abstinence : il se remet à lire, à avoir des activités, se sent plus calme, et voit de bonnes réactions dans son entourage.

Dès les premiers jours dans le service, Monsieur C. semble être quelqu'un de réservé, il s'exprime et communique peu, sauf sur sollicitation. Au sein du groupe, il est toujours assis parmi les autres patients mais semble légèrement détaché, ce qui peut être lié à son problème de surdité.

b) L'objectif général en Art-thérapie pour ce patient est d'améliorer l'affirmation de soi* ainsi que la confiance en soi*

Monsieur C. intègre l'atelier d'Art-thérapie proposé par l'A.T.S* dès sa deuxième semaine de cure. C'est grâce à une observation dans les différentes activités de l'unité, que l'A.T.S* pose les premiers objectifs Art-thérapeutiques pour ce patient. Il apparaît rapidement que Monsieur C., comme de nombreuses personnes souffrant d'alcool-dépendance, a vu sa confiance en lui se détériorer au fil du temps. Il dit lui-même aimer « bricoler » mais ne plus le faire depuis des années, il ne s'en sent plus capable, et n'en trouve pas non plus l'envie. Il évoque ceci comme un regret, une chose irréversible. Il semble donc important pour ce patient de travailler sur la confiance en soi*, en favorisant l'apprentissage de nouvelles techniques et savoir-faire, afin qu'il se sente de nouveau « capable de » et l'applique à sa vie quotidienne. Au regard de l'opération artistique*, le travail avec Monsieur C. se fera dans le [5] (l'élan* pour l'activité), surtout le [6] (avec l'apprentissage de techniques), et le [7] et [8] (être capable d'arriver à une production et la faire reconnaître comme artistique).

Le travail sur les ressentis corporels et les gratifications sensorielles, le plaisir de toucher, façonner, notamment par la manipulation de l'argile, est également un objectif constant pour la prise en soin de Monsieur C., d'autant plus qu'il aimait travailler de ses mains, avant sa problématique liée à l'alcool. Pour l'opération artistique, cet objectif se place dans le [1] (l'argile), le [2] (la captation de l'argile par les sens) et le [3] (l'utiliser de façon archaïque), en restant donc dans l'Art I*.

Lorsque l'on discute avec Monsieur C. il semble être quelqu'un de déterminé, qui sait ce qu'il veut, et qui sait faire de véritables choix, notamment lorsqu'il évoque les raisons de sa présence dans l'unité et qu'il est entouré des autres patients. Cependant, l'A.T.S* prend rapidement conscience –et sera confirmé à la première séance d'Art-thérapie– que Monsieur C. a de grandes difficultés à faire des choix, montrer ses goûts* et ses préférences, sur des

terrains qu'il ne maîtrise pas. C'est pourquoi l'A.T.S* choisit d'ajouter aux objectifs généraux celui d'améliorer l'affirmation de soi* de Monsieur C., en ciblant la phase [4] (par l'expression du ressenti et du goût*) de l'opération artistique ainsi que la phase [8] (en affirmant sa production comme œuvre auprès des autres).

c) Les séances en Art-thérapie de Monsieur C. sont présentées selon leur déroulement, les stratégies mises en place et les observations notables

Lors du premier entretien individuel avec Monsieur C., l'A.T.S* lui explique en quoi vont consister les ateliers d'Art-thérapie et lui fait part du thème choisi ainsi que de la technique utilisée. Monsieur C. se dit sceptique quant à ses capacités, mais « veut bien tenter l'aventure ». Il semble relativement motivé pour participer à ces ateliers, bien qu'il n'ait jamais pratiqué le modelage, ni manipulé l'argile.

i. Dès la première séance, l'A.T.S* peut cibler les différents sites d'action*

En Séance 1, Monsieur C. intègre le groupe 1, car il semble pouvoir apporter du dynamisme au groupe par sa personnalité, malgré sa légère discrétion. Dès lors qu'il doit expérimenter les outils, il bloque devant sa « galette » d'argile. En effet il n'est pas rassuré face à cet exercice, Monsieur C. se sent rapidement perdu lorsque le cadre est trop souple, trop libre. Après la proposition du thème des tam-tams, il bloque de nouveau, il n'ose pas, ne veut pas se lancer. Il tâtonne, réfléchit beaucoup et n'a pas d'idée précise. Voyant les autres se mettre à l'ouvrage, il se lance. Monsieur C. finit par faire son tam-tam et lui donne même une décoration, une touche très inventive et différente des autres productions.

Une fois terminé, il dit avoir fait « un tam-tam rwandais », il fait de l'humour sur sa production, il rit et grimace en même temps face à l'objet. La production est peu fine mais il y a tout de même une visée esthétique*, notamment avec le serpent autour de la base du tam-tam.

Lorsqu'il est question d'adjoindre un « bonhomme » au tam-tam, Monsieur C., peut être en raison de son problème d'audition, ne répond pas à la demande et part sur autre chose. L'A.T.S le laisse faire, car cette fois il se lance de lui-même. Il reprend un morceau de terre et tente de tirer de cette masse des pattes, une tête, ... On constate ici une grande prise d'initiative, une créativité ; il se laisse aller à ses envies et voit au fur et à mesure qu'il façonne ce qu'il peut faire. C'est une prise de risque car il ne sait pas si cela va fonctionner, mais tente tout de même. Finalement il fabrique une sorte de fourmilier. Comme il ne tient pas sur ses pattes (tête trop lourde) l'A.T.S lui propose de le faire tenir sur une sorte de bûche afin que le museau/trompe ne touche pas le sol. Il le fait avec élan*.



Fig.11. Le « fourmilier » sur la bûche de bois et le tam-tam de Monsieur C.

A la fin de la séance, Monsieur C. dit avoir trouvé compliqué de ne pas avoir de modèle précis, car il n'avait qu'une vague idée de ce qu'était un tam-tam. Il dit s'être finalement laissé porter et que c'est au fur et à mesure du modelage qu'il cheminait vers une idée. Il a trouvé cela agréable.

Cette première séance conforte l'A.T.S* dans les objectifs généraux visés pour Monsieur C.. Il est donc validé comme objectifs généraux : l'amélioration de la confiance en soi* ainsi que de l'affirmation de soi*, mais aussi de restauration des gratifications sensorielles. Il semble également pertinent pour ce patient de raviver l'estime de soi* par la valorisation de ses capacités et l'utilisation du cube harmonique*.

ii. De la séance 2 à la séance 5, Monsieur C. réalise un masque en argile

A la séance 2, Monsieur C. va avoir quelques difficultés dans la réalisation de son masque. Il a tendance à trop aplatir la forme alors que le visage demande une certaine profondeur, mais grâce aux explications schématisées de l'A.T.S*, cela lui semble plus clair. Il est également moins à l'aise dans la symétrie et la précision des tracés. Il est très hésitant et semble avoir peur de ne pas prendre ou enlever la bonne quantité d'argile, mais l'A.T.S* le rassure et lui conseille de simplement le faire progressivement, par tâtonnement, jusqu'à

arriver à un résultat qui lui convient. Monsieur C. est très soucieux de bien faire, et très attentif.

Monsieur C. dit avoir davantage sollicité l'aide de l'A.T.S* qu'en séance 1, mais que c'est bien comme cela. Il pense qu'il était nécessaire qu'elle intervienne aussi souvent, en paroles ou en aidant chacun à modeler afin qu'ils apprennent et comprennent. Il dit aussi en fin de séance « On ne pense à rien, c'est génial, on oublie » et trouve l'atelier décontractant, et relaxant.

Selon les observations de l'A.T.S*, Monsieur C. semble plus dans l'action, il s'implique et s'applique et se dévoile également un peu plus facilement sur ses ressentis. Par ailleurs, le médecin psychiatre dira de Monsieur C. ce jour là qu'il est plus dans le soin et qu'il s'exprime davantage qu'auparavant. Il s'agit donc d'une observation qui s'applique au-delà du cadre des ateliers d'Art-thérapie.

A la séance 3, Monsieur C. a de grandes difficultés pour la réalisation des yeux de son masque. En effet, il efface la paupière au fur et à mesure qu'il travaille l'œil. Du coup, il semble bloquer sur cet exercice, il a peur de mal faire et est en attente.

Monsieur C. dit avoir « essayé de bien travailler, mais que cela était trop minutieux pour lui car il n'a pas les doigts fins, ni une très bonne vue ». Il dit que la séance était un peu plus corsée que d'habitude mais qu'il est à l'aise dans l'atelier car il se sent « bien aiguillé ». Cependant, dans son auto-évaluation, la qualité du moment sera moins bonne qu'aux séances précédentes, sans doute en raison de la difficulté éprouvée ainsi que de la dispersion de l'A.T.S*.



Fig.12. Masque en argile de Monsieur C. à la fin de la séance 3

A la synthèse de mi-cure (synthèse qui a eu lieu entre la séance 3 et 4 d'Art-thérapie et qui est une sorte de bilan fait par le patient après deux semaines dans l'unité), Monsieur C. explique que ses proches lui ont dit « Je retrouve ta voix de tes 20 ans », chose qui lui a été dite plusieurs fois. Cela lui a fait plaisir. Il dit se sentir beaucoup mieux, mieux marcher, mais n'a pas encore retrouvé ce qu'il a connu. Il est assez confiant car il marche régulièrement dans le service. Sa femme est venue le voir la veille avec de nombreux projets pour eux (sortie, voyages, etc...) et cela lui redonne le sourire. Il se souvient que son médecin lui a fait peur au sujet de sa santé et cela lui a « mis la pression pour arrêter de boire ». Il pense à ses petits-enfants, a envie de les revoir et de revenir « comme un grand-père en pleine forme ». Il dit beaucoup aimer les différents ateliers, car ils lui permettent de faire le point sur lui-même, « de lui libérer la tête » par son investissement. Il explique qu'il se « projette pas mal », qu'il ne pense pas du tout à l'alcool et qu'il souhaite intégrer une association pour avoir un suivi après la cure.

En séance 4, Monsieur C. a bien avancé, mais moins vite que les autres patients. Il a eu de grandes difficultés sur l'asymétrie de son masque, notamment au niveau des yeux, ce qui s'est traduit par une incapacité provisoire de poursuivre. En effet, on observe sur le masque un œil exprimant plutôt la gaieté et l'autre est plutôt froid et neutre. L'A.T.S* lui explique qu'en soi cela n'est pas grave car nous ne sommes nous-mêmes pas vraiment symétriques et qu'il peut tout à fait exploiter cette idée pour la suite de son masque en exprimant deux sentiments différents sur le même visage. Malgré tout, il restera plusieurs minutes devant son masque à le fixer sans pouvoir dire s'il veut modifier un œil ou non. Finalement, il le laissera tel quel. Par la suite, il se débrouille bien et de façon plus autonome, hormis pour l'iris car il a du mal à faire des choses précises, fines (sans doute à cause de sa vue). Après avoir un peu trop « troué » l'œil du masque, l'AT.S* l'aide et lui montre puis lui demande s'il souhaite qu'elle l'aide pour le deuxième mais il dit qu'il veut essayer de le faire seul. Et il le fera très bien. On note donc une certaine volonté de faire, d'y arriver, de se surpasser malgré la difficulté.

Monsieur C. dit que cette séance était bien plus complexe que la précédente (il avait déjà évoqué cela en séance 3) car elle demandait beaucoup de finesse, qu'il « faut s'accrocher davantage ». Il ajoute ne pas s'être senti très bien par rapport aux autres séances, qu'il préfère les séances le matin car en fin de journée il ne se sent plus vraiment capable de se concentrer. Lors de l'autoévaluation de Monsieur C., l'A.T.S* identifie des contradictions par rapport à ses observations. En effet, du point de vue de l'A.T.S*, Monsieur C. est en nette progression, tant au niveau de la technique que dans l'esthétique*, il est aussi plus volontaire, il ose davantage, est plus autonome, alors même que lui se juge de plus en plus sévèrement.



Fig. 13. Masque en argile réalisé par Monsieur C. à la fin de la séance 4

En séance 5, Monsieur C. a bien progressé. L'A.T.S* le félicite, car il a compris les techniques de modelage et les règles de proportions du visage, et les a intégrées. Il est plus minutieux et plus autonome. Pour cet exercice, il ne sait pas quelle expression donner à la bouche du masque et après réflexion, se satisfait finalement du fait qu'elle soit « neutre » justement. A la fin de la séance, Monsieur C. dit que le temps est passé très vite, et qu'il est prêt à refaire du modelage plus tard.

« Je ne m'attendais pas à faire ce que j'ai fait, ça aurait pu être pire, je m'étonne d'avoir fait cela ».

Il semblerait que Monsieur C. ait gagné une meilleure estime de sa production esthétiquement et techniquement parlant. Il a la sensation d'avoir mené à bien un projet, d'avoir une production « finie ».



Fig.14. Masque en argile réalisé par Monsieur C. à la fin de la séance 5

iii. En séance 6, Monsieur C. réalise la peinture décorative de son masque

Monsieur C. s'est lancé directement, après seulement quelques minutes de réflexion, dans la décoration de son masque d'argile. Il n'a absolument pas sollicité l'A.T.S* pour démarrer l'activité, et montre qu'il souhaite suivre ses envies. Monsieur C. explique qu'il ne fait pas de peinture et n'en a pas l'habitude. L'utilisation de nouveaux outils tels que les pinceaux est aussi un moyen de travailler plus finement et avec plus de précision qu'avec les doigts, ce qu'il semble apprécier.

Dans cette séance, Monsieur C. fait davantage intervenir l'Art I*, mais de façon volontaire (donc aussi l'Art II*) car il expérimente la peinture et les différentes couleurs de façon intuitive ; il y a un mouvement perpétuel entre les phases [3] et [4] de l'opération artistique puisque Monsieur C. expérimente, valide ce qu'il vient de produire comme une intention, puis repart sur l'expérimentation et ainsi de suite. A la fin de la séance, il sourit en disant qu'il a fait cette décoration sans modèle, et n'a pas cherché à copier les images que l'A.T.S* avait proposées. Il laisse apparaître un sentiment de fierté en disant cela.

En s'autoévaluant, on s'aperçoit que la liberté laissée pendant cet atelier et le manque d'explications techniques, se ressentent sur la production de Monsieur C. et la vision qu'il en a. En effet, il s'est donné des notes assez faibles en ce qui concerne la technique et l'esthétisme de son travail ; cependant cela n'entache pas la qualité du moment passé.



Fig. 15. Masque en argile peint réalisé par Monsieur C. à la fin de la séance 6

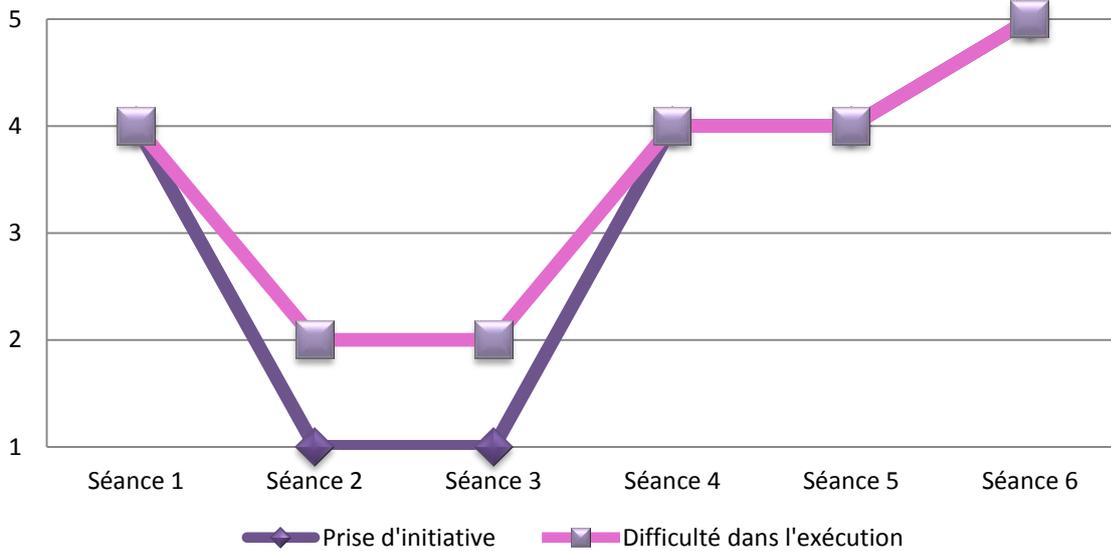
iv. A la dernière séance, Monsieur C. fait un bilan des séances d'Art-thérapie

A la fin des séances, l'A.T.S* demande à Monsieur C. ce qu'il a pensé de ses séances en Art-thérapie et quel en a été son ressenti. Il explique tout d'abord qu'il a préféré le modelage à la peinture : cela peut se justifier par le fait qu'il n'a pas pu réellement exploiter la peinture et ses techniques, dans le temps. Il dit aussi avoir apprécié d'y être allé par pallier au cours des séances, la difficulté étant arrivée progressivement. Monsieur C. est heureux d'avoir appris de nouvelles techniques et savoir-faire et ajoute que ce fut une très bonne expérience pour lui.

d) L'évolution de Monsieur C. au cours des séances d'Art-thérapie se révèle par l'observation de différents faisceaux d'items* sous forme de graphiques

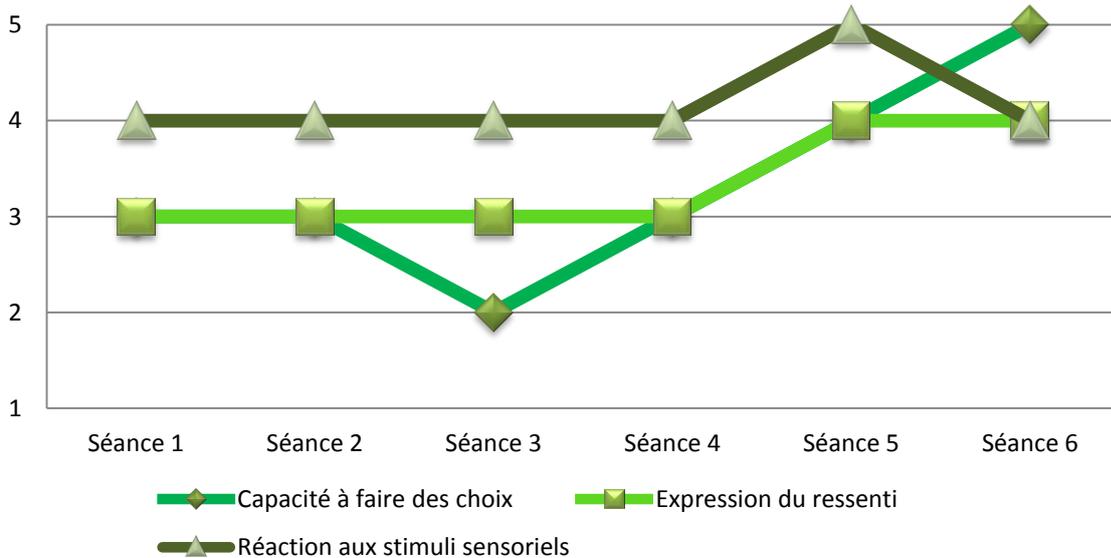
C'est selon les diverses cotations présentées précédemment que l'A.T.S* a pu observer l'évolution de Monsieur C. au cours des six séances d'Art-thérapie dont il a bénéficié au sein de l'unité Eole. Ces faisceaux ont été choisis en fonction des objectifs généraux posés pour Monsieur C. en début de prise en soin, soit, l'amélioration de la confiance en soi* et de l'affirmation de soi*, ainsi que la favorisation des gratifications sensorielles ; l'objectif de l'amélioration de l'estime de soi* a été également visé.

Action



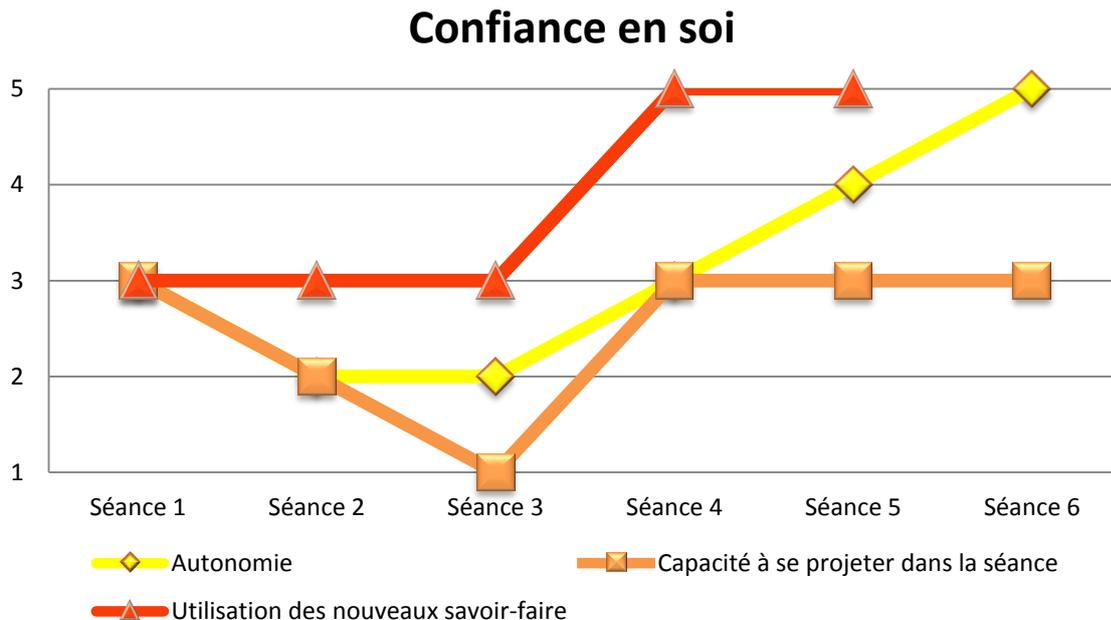
Ce graphique présente l'évolution de l'action de Monsieur C. en termes de sa fréquence de prise d'initiative vis-à-vis de sa production ainsi que des difficultés éprouvées dans l'exercice. On constate qu'à partir de la séance 2, dans laquelle le masque est débuté, Monsieur C. va prendre de plus en plus d'initiatives, et manifester de moins en moins de difficultés dans la réalisation du projet. Par cette évolution, il semble que Monsieur C. ait pu montrer un élan* et une volonté grandissants pour l'activité, mais aussi mettre à profit les techniques liées à la réalisation.

Affirmation de soi



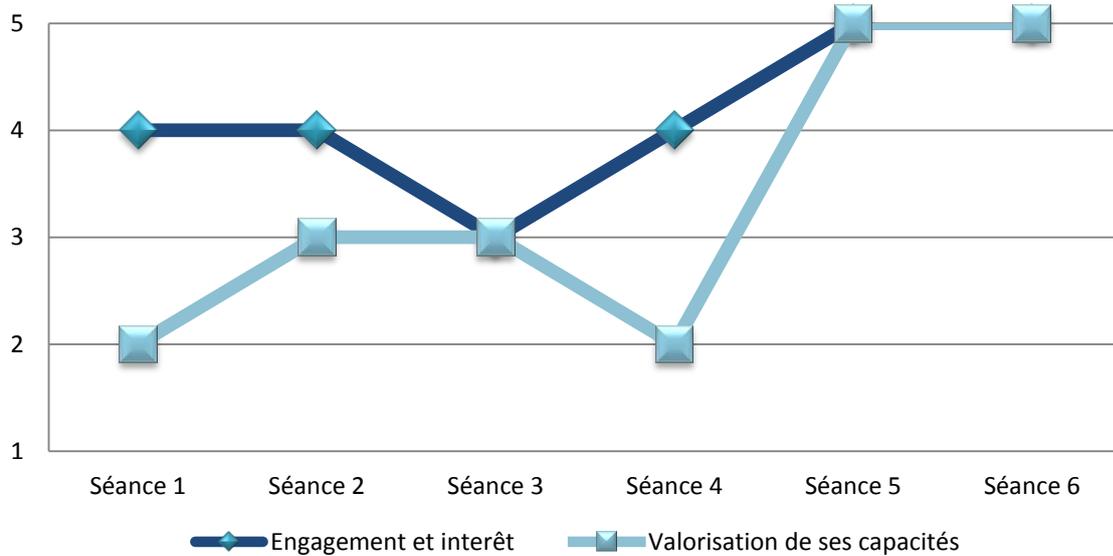
Par ce graphique, on remarque que l'affirmation de soi* de Monsieur C. est plutôt en progression entre la séance 1 et la séance 6. Malgré une évolution plutôt constante du plaisir

ressenti face aux stimuli sensoriels (et ceux-ci sont appréciés systématiquement), Monsieur C. a su davantage s'exprimer, que ce soit par le medium artistique à travers ses goûts* et ses choix, que dans l'expression de ses ressentis. L'évolution plutôt timide de l'expression des ressentis peut s'expliquer par le tempérament réservé de Monsieur C. Le léger basculement en séance 3 dans l'item* de la capacité à faire des choix est justifié par la difficulté technique de cette séance, mais il précède une évolution très positive dans les séances suivantes.



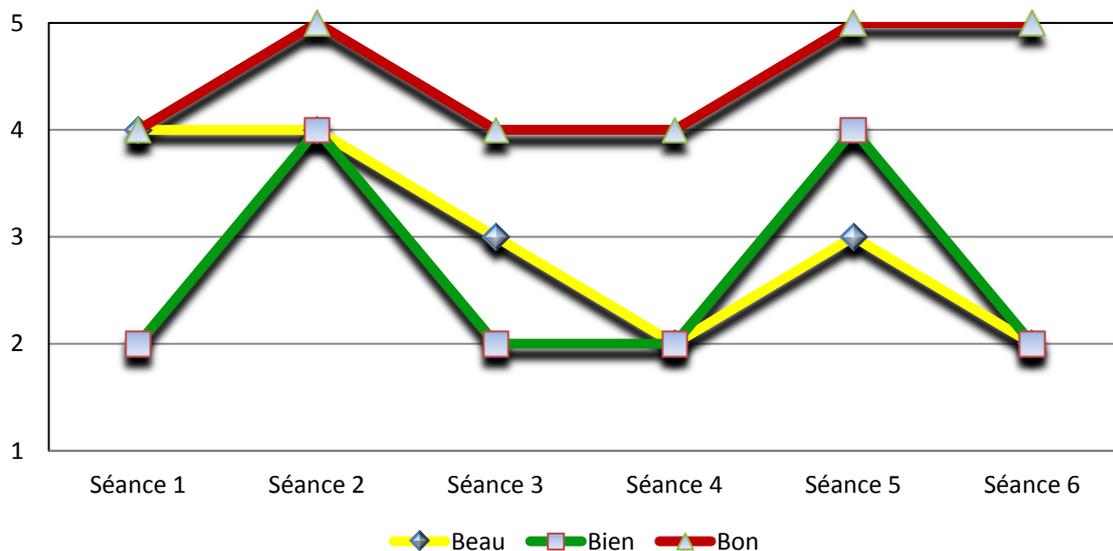
Le graphique présente l'évolution de la confiance en soi* de Monsieur C. au cours des six séances d'Art-thérapie. Grâce à l'utilisation et à l'acquisition de savoir-faire, Monsieur C. a pu, à partir du commencement du masque, être de plus en plus autonome, jusqu'à ne plus du tout solliciter l'A.T.S* en dernière séance. La difficulté technique à la séance 3 a empêché Monsieur C. de se projeter, il a été bloqué ; mais aux séances suivantes, il a pu revenir au « laisser-aller » avec lequel il évoluait au commencement du soin en Art-thérapie. Bien que les items* de la confiance en soi* ne soient pas tous en progression, on peut dire tout de même que globalement, ce faisceau d'items* a eu une évolution positive concernant Monsieur C..

Estime de soi



Sur ce graphique, est présentée l'évolution de l'estime de soi* de Monsieur C., à travers les items* de l'engagement* et intérêt, et de la valorisation de soi. De façon générale, l'estime de soi* est ici en progression entre la première et la dernière séance d'Art-thérapie. On note comme expliqué précédemment, la dévalorisation de Monsieur C. à la séance 4 lors de son autoévaluation, ici tout à fait visible sur la courbe. Cette chute dans la progression peut se justifier par une baisse de la concentration de Monsieur C., qui rappelons-le, avait avoué s'être senti mal et fatigué lors de cette séance (ce qui a pu jouer sur son humeur et la valeur qu'il se portait à ce moment là). En ce qui concerne son engagement* et son intérêt dans l'activité, ils ont été de qualité tout au long des séances, si ce n'est un peu moins à la difficile séance 3.

Autoévaluation



Ce graphique présente l'autoévaluation de Monsieur C., reprenant les notions utilisées dans le cube harmonique, que sont le Beau*, le Bien* et le Bon*.

Comme expliqué précédemment, la difficulté technique de la séance 3 et l'état de fatigue de Monsieur C. à la séance 4, ont une influence négative sur la bonne progression de ces divers items*, mais malgré cela, le patient émet l'envie de poursuivre les ateliers (le Bon* oscille toujours entre 4 et 5). Lorsqu'il termine le modelage du masque en séance 5, Monsieur C. est davantage satisfait de sa production, techniquement et esthétiquement parlant ; mais par le manque de techniques données par l'A.T.S* à la séance 6 lors de la décoration du masque, on remarque une chute importante des items* du Beau* et du Bien* dans l'autoévaluation de Monsieur C.. Bien que cet élément puisse montrer une chute de l'estime de soi*, Monsieur C. exprime une satisfaction personnelle et semble fier de sa production : l'estime de Monsieur C. a donc bien progressé au cours de ces ateliers.

2/ Un bilan est établi en fin de soin en Art-thérapie de Monsieur C.

Monsieur C. a été un patient volontaire, attentif et agréable au sein du groupe, qui s'est impliqué immédiatement dans le projet proposé par l'A.T.S*. A noter que ce patient a participé à tous les ateliers d'Art-thérapie, et suivi la cure de sevrage* jusqu'à son terme ; il fait partie des quatre patients sur neuf restants à la fin de cette cure.

Au regard des analyses graphiques proposées dans la partie précédente, il est possible d'affirmer que globalement les objectifs thérapeutiques visés pour Monsieur C. au début de sa prise en soin en Art-thérapie, ont été atteints, bien que d'autres séances auraient été nécessaires à la poursuite de cette progression.

Néanmoins, si Monsieur C. a vu son affirmation et son estime de lui s'améliorer, sa confiance en lui n'a pas suivi cette même évolution. En effet, bien que Monsieur C. soit plus autonome et se sente de nouveau « capable de », le travail sur son style*, sa personnalité, n'a pas été abouti. Cette sorte de « lâcher-prise » dans l'activité était un objectif intermédiaire important, afin que Monsieur C. soit dans l'élan* et l'action. Il aurait fallu par la suite poursuivre et travailler davantage sur la notion de projet, de sorte que Monsieur C. progressivement, ne fasse plus les choses « sans réfléchir » (selon ses propos) mais en suivant sa propre ligne de conduite, sa propre idée.

Par ailleurs, l'objectif de raviver les gratifications sensorielles de Monsieur C. par l'utilisation du modelage, a été pleinement atteint.

3/ Un bilan général de la prise en soin en Art-thérapie peut être établi selon le point de vue de la stagiaire Art-thérapeute

Cette expérience d'Art-thérapie fut la première pour l'établissement comme pour l'Art-thérapeute stagiaire. Cette dernière a pu, au fil des séances, réajuster son travail afin d'être la plus pertinente possible ; malgré cela, elle a dû s'affranchir des quelques « erreurs de débutants », notamment dans la gestion du temps durant les séances ou encore dans la maîtrise du déroulement de celles-ci. Etant donné que les groupes 1 et 2 progressaient de la même façon, l'A.T.S* s'est sentie plus à l'aise, plus pertinente et précise dans la gestion de l'atelier du groupe 2.

En dépit des problèmes et tensions qui ont pu survenir au sein de l'unité parmi les curistes, l'A.T.S* a pu toujours bien établir le cadre de l'atelier et n'a connu aucun réel trouble ingérables dans ses séances.

Il semble important de souligner la diminution considérable (et assez rare selon les membres de l'équipe) du nombre de curistes au cours de ce stage. En effet, au premier jour d'entrée, il y a avait huit patients en sevrage* complexe et un en sevrage* simple. Deux d'entre eux sont partis volontairement la première semaine, et un troisième patient s'est vu quitter la cure suite à une réalcoolisation au même moment. Pour la même raison, un quatrième est parti la deuxième semaine, et enfin un autre patient a quitté l'unité pour problèmes familiaux au début de la quatrième semaine ; le tout sans compter les absences ponctuelles des patients en raison de rendez-vous médicaux. A la séance 6, seuls trois patients ont pu procéder à la décoration de leur masque à l'acrylique. Cette variation permanente du nombre de patients par groupe a pu être une difficulté pour l'A.T.S* qui a du adapter sa stratégie thérapeutique au mieux selon la situation.

Le nombre de séances fut assez restreint pour l'A.T.S*, qui a proposé des ateliers très directifs pour ce groupe de curistes. Bien qu'elle l'ait rendu plus flexible, il aurait été intéressant, si le temps l'avait permis, de passer progressivement d'un exercice dirigé à un exercice de plus en plus libre, afin de favoriser davantage l'autonomie, la notion de projet ainsi que la prise d'initiative, et ainsi travailler la confiance en soi* de façon plus approfondie.

Dans le même idéal temporel, et comme expliqué précédemment, la séance 6 aurait pu faire l'objet d'un nouveau départ avec une nouvelle dominante, celle de la peinture décorative, dans le but de repasser par les mêmes étapes (expérimentation, apprentissage de techniques, production) mais à travers un champ de sensations et de gratifications différent. Aussi, travailler sur l'expression du choix et l'orientation esthétique* souhaitée, par l'ajout de peinture sur le masque, aurait permis un travail plus « fini » de celui-ci et aurait renforcé la notion de projet sur du long terme.

Par ailleurs, l'A.T.S* a fait le choix d'utiliser l'autoévaluation comme outil évaluatif des patients. Bien que ces cotations lui aient permis d'identifier des sites d'action*, l'utilisation complète du Cube Harmonique en tant que processeur aurait été plus pertinente.

Aussi, de façon générale, l'introduction d'un atelier d'Art-thérapie au sein de l'unité Eole fut une expérience positive selon l'équipe ; elle ressort également plutôt positive en terme de soin apporté aux patients, au vu des résultats décrits précédemment. Du point de vue de l'Art-thérapeute stagiaire, bien que ce stage fût une expérience tout à fait unique et intéressante, l'intérêt d'un tel soin dans ce type de structure peut poser question.

TROISIÈME PARTIE : L'INTÉGRATION D'UN SOIN EN ART-THÉRAPIE DANS UN PROGRAMME DE SEVRAGE* COMPLEXE PORTE À DISCUSSION

A) L'Art-thérapie est une aide complémentaire significative dans la prise en soin d'un patient en sevrage* d'alcool

1/ L'Art-thérapie est une ouverture pour le patient, sur une autre forme de soin

L'atelier d'Art-thérapie se distingue des autres ateliers déjà mis en place au sein d'une unité d'addictologie. En effet, cette activité est l'une des rares, si ce n'est des seules, où il ne s'agit pas de parler de la problématique alcoolique. L'Art-thérapeute stagiaire de l'unité Eole a fait le choix de ne pas revêtir la blouse blanche, tenue uniquement portée par les infirmières du service. De ce fait, le groupe intègre une salle neutre non « médicale », où est installé non pas du matériel hospitalier mais artistique, auprès d'une soignante (I'A.T.S*) vêtue « comme tout le monde ». Dans la pensée collective, le port de la blouse est considéré comme « l'uniforme » médical, qui installe une distance importante entre le soignant et le soigné. Ce dernier face à cette tenue pose lui-même une barrière et se sent davantage « observé » et sans doute moins à l'aise. La blouse peut « impressionner », et cela n'est pas le but pour l'Art-thérapeute qui souhaite au contraire établir un lien thérapeutique stable, une relation de confiance avec le patient.

Des activités mises en place au sein de l'unité telles que la relaxation, la gymnastique douce ou l'atelier d'écriture, permettent au patient alcoololo-dépendant de s'apaiser, libérer les tensions du corps*, s'exprimer, et avoir la sensation de se détacher quelques instants du programme de cure. L'Art-thérapie propose ces mêmes qualités à travers l'activité artistique, mais conserve un cadre médical et une visée et des objectifs thérapeutiques, ce qui est un plus.

Aussi, la grande adaptabilité de l'Art-thérapeute aux goûts* du patient est unique et propre à l'Art-thérapie dans une telle structure de soin. Le soignant peut ajuster l'activité, dès le début des séances, et au fur et à mesure de celles-ci, en proposant plusieurs dominantes (danse, théâtre, modelage, dessin...), dans la limite de ses propres connaissances. En agissant ainsi, l'Art-thérapeute favorise l'élan* moteur du patient et son engagement* dans l'activité, en prenant l'envie comme point de départ.

L'Art-thérapie est proposée comme un soin groupal dans l'établissement. Elle participe à la cohésion du groupe et permet aux patients de partager des moments d'émotions, de sensations et d'expression à travers l'activité et la production, et ce, bien plus encore, s'il s'agit d'une production commune. Cet élément s'ajoute à l'une des instances primordiales en Art-thérapie qu'est le travail sur les troubles de l'expression, de la relation et de la communication. Comme il a été vu dans ce travail de mémoire, cette discipline peut favoriser la diminution de ces troubles, ce qui fait d'elle un soin spécifique et original.

2/ Intégrée à un plan de cure, l'Art-thérapie complète les autres disciplines médicales et paramédicales, et participe à une meilleure prise en soin du patient alcoolo-dépendant

L'Art-thérapie est une discipline à part, de par son originalité. Il a été observé qu'au cours des séances, les patients adoptent un comportement différent vis-à-vis de l'Art-thérapeute par rapport aux autres soignants, tel que le psychiatre. En effet, il est arrivé à plusieurs reprises que, sans que l'A.T.S* l'ait provoqué, les patients se livrent à elle, en lui confiant leurs soucis personnels, leurs conflits au sein du groupe ou vis-à-vis d'un soignant, leurs joies et leur quotidien. Aussi, l'atelier nécessitant une certaine concentration, et mobilisant le corps*, l'A.T.S* peut remarquer des troubles ou des améliorations, et en faire part à l'équipe lors des réunions de synthèse. C'est le cas avec Monsieur C.P. : l'A.T.S* a très vite remarqué lors des ateliers de modelage qu'il avait de grandes difficultés pratiques au niveau des mains, élément qui n'était pas visible en atelier d'écriture, par exemple. En cela, l'Art-thérapeute apporte une vision supplémentaire du patient, à l'équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, les bilans psychologiques sont impactés par l'état psychologique du patient. Or, l'interprétation de ces bilans peut devenir difficile pour le praticien qui ne pourra dissocier les déficits dus au mal-être du patient, des réels déficits cognitifs ou pathologiques. Dès lors, l'Art-thérapie, participant pleinement à l'amélioration de la qualité de vie du patient et donc à son mieux-être, facilite la prise en soin et la lisibilité de l'état somatique et psychique du patient, au regard des autres disciplines médicales.

3/ Le pouvoir de l'Art et ses effets bénéfiques parfois immédiats, sont un apport précieux à la prise en soin des patients alcoolo-dépendants à condition d'être gérés par un Art-thérapeute,

L'Art-thérapie utilise le pouvoir entraînant de l'Art dans un cadre spécifique. Cette activité permet de revenir aux plaisirs des sensations, les plaisirs archaïques, simples, voire enfantins, des instants légers et agréables. Elle sort le patient alcoolo-dépendant de son contexte de vie familiale, médicale, et lui donne la possibilité de retrouver le goût* des choses et de la vie. Pour cela, l'Art-thérapeute introduit le Beau* et l'esthétique* dans l'activité, comme générateurs d'émotions positives et de plaisir. Le travail pratique de ce mémoire atteste de l'apport précieux de l'Art-thérapie auprès des personnes alcoolo-dépendantes, notamment par les bilans évaluatifs présentés qui montrent une amélioration globale de l'expression (des choix et du ressenti), des gratifications sensorielles, mais également de l'affirmation de soi*, de la confiance en soi*, et de l'estime de soi*.

Bien que ces améliorations soient modérées, il est important de rappeler que la prise en soin en Art-thérapie s'est déroulée dans un délai relativement court. Ainsi, dans le cadre d'un sevrage* complexe, on constate que l'Art-thérapie permet d'atteindre de petits objectifs thérapeutiques compte tenu du temps imparti, et d'amorcer un soin, quitte à ce que ce dernier soit poursuivi après la cure, de façon individuelle.

4/ De par son originalité, l'Art-thérapie suscite un intérêt positif de la part des patients ainsi que de l'équipe pluridisciplinaire

Dans l'étude de cas de groupe, présentée dans la deuxième partie de ce mémoire, on constate que dès les premières séances et tout au long de celles-ci, les patients ont suscité un intérêt particulier pour l'Art-thérapie, malgré le fait qu'il s'agissait pour eux d'une première expérience. Au regard des évaluations du groupe, l'A.T.S* a pu noter une bonne dynamique au cours des séances, les patients étaient concentrés, volontaires, et disaient se sentir bien et détendus. Elle n'a jamais relevé d'attitude négative ou réfractaire, et quand bien même cela est arrivé, c'était davantage en lien avec un événement extérieur qu'avec l'atelier en lui-même ; d'autant plus que systématiquement, cette attitude laissait place en quelques minutes à un comportement concentré et engagé dans l'activité. Monsieur P., par exemple, qui était assez sceptique vis-à-vis de la discipline, s'est confié à une infirmière, après la première d'Art-thérapie : il était heureux de cette séance qui lui avait fait du bien, avait oublié ses soucis le temps de l'atelier et ressenti un vrai plaisir à modeler. Aussi, l'A.T.S* a constaté que les patients évoquaient entre eux les ateliers et leurs effets positifs, puisque certains patients de l'autre groupe, celui des « anciens » curistes, ont demandé à participer aux séances.

Lorsque l'A.T.S* a proposé d'intégrer l'Art-thérapie dans le programme de cure au sein de l'unité Eole, les réactions générales de l'équipe pluridisciplinaire furent positives et encourageantes, bien que la discipline fût tout à fait nouvelle et donc encore peu claire. C'est avec curiosité et enthousiasme que l'équipe a accueilli l'Art-thérapeute et sa discipline. L'A.T.S* a pu tout naturellement participer aux réunions de synthèse, aux transmissions infirmières, et inscrire des annotations quant à l'évolution des patients dans les dossiers informatiques. De ce point de vue, l'Art-thérapie a pu très rapidement trouver une place parmi les autres disciplines du service addictologie.

5/ D'autres travaux scientifiques attestent de la pertinence d'un soin en Art-thérapie auprès de personnes alcoolo-dépendantes

Dans son travail de mémoire, E. Nurit expose la pertinence d'un soin en Art-thérapie auprès de femmes alcoolo-dépendantes. Elle dégage différents arguments démontrant que ses ateliers à dominante écriture littéraire ont été bénéfiques pour ce type de personnes. Au cours de ses séances, elle a pu travailler notamment sur l'amélioration de l'engagement*, de l'affirmation de soi*, de l'autonomie, et de la resocialisation.

A. Mest relate, par un travail de mémoire également, une expérience d'Art-thérapie à dominante théâtre auprès de patients addicts en sevrage*. A travers trois études de cas, elle met en évidence une évolution plutôt positive des patients ayant bénéficié de ce type de soin. Son travail se base essentiellement sur la restauration de l'estime de soi*, de la confiance en soi* et de l'affirmation de soi*, ainsi que sur la favorisation de l'autonomie. Dans la même logique que les arguments présentés précédemment, elle valorise l'Art-thérapie comme une pratique mettant en exergue l'esthétisme et les ressentis corporels, qui contourne la question directe de la maladie. Elle invoque également la vision stimulante du groupe, ainsi que la qualité expressive et non utilitaire de l'activité.

B) L'adjonction d'un atelier d'Art-thérapie n'est pas toujours pertinente dans ce type de structure

1/ Le cadre strict établi par le service peut être un frein au bon déroulement du soin en Art-thérapie

Lors de l'arrivée de l'A.T.S* au sein de l'équipe, il a été convenu, en lien avec le protocole de cure, de prendre en charge tous les patients du groupe, sans exception. L'indication par le psychiatre pour un atelier d'Art-thérapie n'a donc pas été tout à fait mesurée selon les besoins réels de chaque patient, mais plutôt selon la dynamique collective. Bien que ce choix soit tout à fait justifié, l'obligation de prendre en atelier tout le groupe pose question quant à la pertinence du soin. En effet, en raison de nombreuses sorties prématurées (réalcoolisations, départ volontaire,...) mais aussi de sorties ponctuelles (rendez-vous médicaux, problème familial,...) les groupes se délitent au fur et à mesure de la cure et cela peut entraîner une démotivation générale des patients restants. La fluctuation permanente du nombre de patients par séance et par groupe induit une difficulté importante pour l'Art-thérapeute dans sa gestion des ateliers et lui impose une grande adaptabilité ; le risque est de ne pas pouvoir assurer la trame proposée au groupe et que le suivi thérapeutique en pâtisse.

En proposant un atelier d'Art-thérapie obligatoire pour tous, on constate que l'élan* n'est pas vraiment sollicité. La motivation du patient n'est pas suscitée, bien au contraire, et il est susceptible de se laisser guider et de subir le soin, alors même que l'établissement travaille énormément sur la volonté de soin du patient.

Aussi, en acceptant tout le groupe, l'Art-thérapeute peut éprouver des difficultés à mener correctement son travail. En effet, si le nombre de patients par groupe est trop important, l'Art-thérapeute se disperse en travaillant avec des personnes qui peut être ne nécessitent pas de prise en soin en Art-thérapie. Elle peut alors manquer de discernement et ne pas être suffisamment objective et précise dans ses observations et évaluations individuelles. Cela est d'autant plus discuté dans la mesure où sans co-thérapeute, et au-delà de quatre patients, il est plus difficile d'établir un vrai projet thérapeutique, pour l'Art-thérapeute. Par manque d'observation, le risque est de tomber dans une animation à support artistique et de ne pas pouvoir gérer les effets de l'Art, positifs ou négatifs.

Enfin, par cette obligation de prise en soin groupale, l'Art-thérapeute ne peut pas répondre aux besoins d'un patient qui nécessiterait des séances en individuel. Ce choix doit pouvoir se faire, dans la mesure du possible, selon des critères et des objectifs précis, spécifiques à chaque patient.

2/ Le plan de cure étant déjà très complet, l'installation d'un atelier d'Art-thérapie peut être problématique

Du point de vue du patient, l'installation d'un atelier d'Art-thérapie peut être problématique à sa bonne prise en soin. En effet, le planning de sevrage* complexe est relativement surchargé, et si on lui ajoute des ateliers d'Art-thérapie, le patient vit des journées très, voire trop remplies, ce qui crée un décalage trop important vis-à-vis de son quotidien avant son entrée dans l'unité. Bien qu'il lui faille retrouver un certain rythme de vie, encadré, et actif, il est nécessaire au patient d'avoir un temps de calme, de repos, afin qu'il puisse se recentrer sur lui-même. En établissant un trop grand nombre d'activités par jour, la personne alcoolodépendante est sans cesse sollicitée et en action. Or, parmi ses visées thérapeutiques, le plan de cure suggère un temps de solitude quotidien pour se recueillir, prendre du recul et réfléchir à ses motivations.

Par ailleurs, du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire, la surcharge du planning est également un problème. L'Art-thérapie étant une discipline encore peu connue et pas toujours reconnue par les professionnels du monde médical, son introduction peut mener à des désaccords. Il est clair qu'au sein d'un service d'addictologie, certaines disciplines telles que les séances avec le psychiatre, le psychologue, ou le somaticien, priment sur d'autres. Dans un emploi du temps très complet, il peut être difficile de demander au membre de l'équipe de « faire une place » à une nouvelle discipline du paramédical. La question de la dominance d'une discipline sur une autre peut être source de conflits au sein de l'équipe : un soignant doit céder de son temps de prise en soin pour un autre professionnel médical.

3/ Le cadre temporel du plan de cure est une difficulté supplémentaire à la bonne prise en soin en Art-thérapie du patient en sevrage* d'alcool

Dans le cadre de l'unité Eole, la prise en charge du patient pour un sevrage* complexe est d'une durée de quatre semaines. Cependant, les sept à dix premiers jours correspondent, pour le patient, à la période de sevrage* physique, et induit de forts troubles somatiques voire psychiques. Ainsi, pendant ce temps de sevrage*, le patient alcoolodépendant est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité. Il est généralement dans sa chambre, et se repose. Cet élément implique que l'Art-thérapeute ne dispose plus que d'un délai très court pour mettre en place une stratégie et des objectifs thérapeutiques personnalisés à chaque patient. Le programme de cure étant surchargé, et le temps restant n'étant plus que de trois semaines, l'Art-thérapeute ne dispose que de six séances au maximum pour élaborer sa stratégie de prise en soin. Bien que cela ne soit pas négligeable et que de possibles améliorations soient réalisables, le temps de cure ne peut proposer qu'une ébauche du soin art-thérapeutique qui demanderait à être poursuivi à *posteriori*.

En outre, le manque de temps pose la question de la pertinence de la discipline dans un tel programme et la possible démarcation de l'Art-thérapeute vis-à-vis de l'équipe et des patients par rapport à un atelier d'animation à support artistique.

C) Un tableau de synthèse récapitule les arguments présentés précédemment

<p>L'Art-thérapie est une aide complémentaire significative dans la prise en soin d'un patient en sevrage* d'alcool</p>	<p>L'adjonction d'un atelier d'Art-thérapie n'est pas toujours pertinente dans ce type de structure</p>
<p><u>L'Art-thérapie est une ouverture pour le patient, vers une autre forme de soin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → relation thérapeutique et de confiance patient/soignant → une des seules activités où l'on ne parle pas de la problématique alcoolique → permet de s'apaiser, se défaire le temps de la séance du cadre médical grâce à l'activité artistique → la grande adaptabilité de l'Art-thérapeute aux goûts* et aux envies du patient (choix de la dominante) → activité différente et groupale qui participe à la cohésion du groupe, instants forts, de production ensemble, peut améliorer la relation et favoriser la communication 	<p><u>Le cadre strict établi par le service peut être un frein au bon déroulement du soin en Art-thérapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → prise en soin groupale imposée → pas d'indication en fonction des besoins réels du patient, mais selon la dynamique collective → les groupes se délitent au fur et à mesure de la cure à cause de sorties prématurées et ponctuelles → peut entraîner une démotivation générale → difficulté pour l'Art-thérapeute de gérer les ateliers, adaptabilité, risque pour le suivi → l'élan* n'est pas vraiment sollicité, et la motivation non suscitée → prise en soin de personnes qui ne nécessitent pas de prise en soin en Art-thérapie → perte de l'efficacité des observations et évaluations individuelles → pas de co-thérapeute disponible → risque de tomber dans une animation à support artistique et ne pas pouvoir gérer les effets positifs ou négatifs de l'Art → nécessité de séances en individuel pour certains patients

<p>L'Art-thérapie est une aide complémentaire significative dans la prise en soin d'un patient en sevrage* d'alcool</p>	<p>L'adjonction d'un atelier d'Art-thérapie n'est pas toujours pertinente dans ce type de structure</p>
<p><u>Le pouvoir de l'Art et ses effets bénéfiques parfois immédiats sont un apport précieux à la prise en soin des patients alcoolo-dépendants, à condition d'être gérés par un Art-thérapeute</u></p> <p>→ le pouvoir entraînant de l'Art</p> <p>→ plaisirs des sensations, archaïques</p> <p>→ introduction du Beau** et de l'esthétique* dans l'activité, comme générateurs d'émotions positives et de plaisir</p> <p>→ bilans évaluatifs du II/ montrant une amélioration globale de l'expression des gratifications sensorielles, de l'affirmation de soi*, de la confiance en soi*, et de l'estime de soi*.</p> <p>→ atteinte de petits objectifs thérapeutiques au regard du temps imparti, amorce d'un soin, à poursuivre après la cure</p>	<p><u>Le plan de cure étant déjà très complet, l'installation d'un atelier d'Art-thérapie peut être problématique</u></p> <p>→ du point de vue du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - planning de sevrage* complexe surchargé - décalage trop important vis-à-vis du quotidien avant l'entrée en unité - nécessité pour le patient d'avoir un temps de calme et de repos - temps de solitude quotidien pour se recueillir, prendre du recul <p>→ du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Art-thérapie comme discipline peu connue et peu reconnue - primauté de certaines disciplines sur d'autres - un soignant doit céder de son temps de prise en soin pour un autre professionnel médical
<p><u>De par son originalité, l'Art-thérapie suscite un intérêt positif de la part des patients ainsi que de l'équipe pluridisciplinaire</u></p> <p>→ dans II/, bonne dynamique au cours des séances, patients concentrés, volontaires, détendus</p> <p>→ cas de Monsieur P., au départ sceptique vis-à-vis de la discipline, a ressenti un vrai plaisir à modeler</p> <p>→ des « anciens » curistes ont demandé à participer aux séances</p> <p>→ réactions positives et encourageantes de l'équipe pluridisciplinaire</p>	<p><u>Le cadre temporel du plan de cure est une difficulté supplémentaire à la bonne prise en soin en Art-thérapie du patient en sevrage* d'alcool</u></p> <p>→ sevrage* complexe de quatre semaines, avec 7 à 10 jours de sevrage* physique, induisant des troubles somatiques voire psychiques</p> <p>→ délai très court pour mettre en place une stratégie et des objectifs thérapeutiques personnalisés à chaque patient</p> <p>→ six séances au maximum pour élaborer sa stratégie de prise en soin</p>

<p>L'Art-thérapie est une aide complémentaire significative dans la prise en soin d'un patient en sevrage* d'alcool</p>	<p>L'adjonction d'un atelier d'Art-thérapie n'est pas toujours pertinente dans ce type de structure</p>
<p><u>D'autres travaux scientifiques attestent de la pertinence d'un soin en Art-thérapie auprès de personnes alcoolo-dépendantes</u></p> <p>→ mémoire de E. Nurit</p> <p>→ amélioration de l'engagement*, de l'affirmation de soi*, de l'autonomie, et de la resocialisation</p> <p>→ mémoire de A. Mest</p> <p>→ restauration de l'estime de soi*, confiance en soi*, affirmation de soi*, favorisation de l'autonomie</p>	<p><u>(Le cadre temporel du plan de cure est une difficulté supplémentaire à la bonne prise en soin en Art-thérapie du patient en sevrage* d'alcool)</u></p> <p>→ l'Art-thérapeute peut-il vraiment marquer sa différence vis-à-vis de l'équipe et des patients par rapport à une activité d'animation à support artistique ?</p>

D) Bilan : l'intégration d'un atelier d'Art-thérapie au sein d'un programme de sevrage* pour personnes alcoolo-dépendantes peut être positive, à certaines conditions

Au regard des arguments présentés, l'intégration d'un atelier d'Art-thérapie au sein d'un programme de sevrage* pour personnes alcoolo-dépendantes peut être positives, mais selon certaines conditions. Tout d'abord, l'Art-thérapeute doit respecter le cadre institutionnel et thérapeutique qu'il intègre. En effet, lorsqu'il entre dans un service obéissant à des règles et fonctionnement selon un protocole thérapeutique, l'Art-thérapeute ne peut se soustraire à son obligation d'y adhérer, comme tous les autres professionnels déjà présents. Le fonctionnement d'un service, déjà établi et appliqué par tous, ne peut être totalement bouleversé par l'arrivée d'une nouvelle discipline. C'est pourquoi le chef de ce service se doit de faire connaître les conditions de l'intégration du soignant.

Cependant, après avoir pris connaissance de la charte de l'établissement ainsi que des objectifs thérapeutiques généraux des personnes alcoolo-dépendantes, l'Art-thérapeute doit également poser son propre cadre et ses conditions, en accord avec le chef de service, et dans l'intérêt premier du patient. La prise en soin groupale est tout à fait justifiée, mais doit pouvoir être aménagée en fonction des besoins des patients. Certes, l'Art-thérapie fonctionne sous forme d'atelier, comme d'autres activités proposées notamment par les infirmières, mais elle ne doit pas être assimilée à celles-ci. Si la plupart des ateliers de la cure sont groupaux, il n'est pas par exemple imposé au psychologue de procéder à une thérapie de groupe ; il ne semble alors pas plus approprié de le demander à l'Art-thérapeute.

Enfin, il semble primordial pour le bon déroulement du soin art-thérapeutique, que le service puisse s'ouvrir à l'arrivée de nouvelles disciplines paramédicales reconnues. Pour se faire, il est nécessaire, dans un premier temps, qu'une information détaillée et précise soit donnée à l'équipe quant au métier d'Art-thérapeute, dans sa spécificité et son originalité, afin qu'il n'y ait pas de méprise et d'amalgame avec tout autre métier à médiation artistique. Ensuite, il importe que l'équipe et le chef de service réorganise et optimise dans la mesure du possible le planning des curistes pour qu'ils puissent intégrer au mieux les séances d'Art-thérapie, sans que cela entrave les temps de recul nécessaires aux patients. Pour finir, l'Art-thérapeute doit ajuster ses objectifs au temps dont il dispose pour les atteindre et adapter ses ateliers en proposant des projets davantage réalisables en une séance.

CONCLUSION

« D'abord, nous direz-vous, pourquoi parler de cette maladie, et non pas plus simplement du vice, du manque de volonté, des mauvaises habitudes qui ont entraîné tous ces malheurs ? Justement, tous ces termes ne sont pas applicables à votre malade et une étape décisive sera franchie par vous comme par lui, quand vous aurez admis que vice, défaut de volonté ou mauvaises habitudes n'ont rien à voir avec ce qui arrive. Il s'agit de tout autre chose. Il s'agit d'une maladie dont nous pouvons résumer le symptôme majeur par une phrase :

VOTRE MALADE AVAIT PERDU LA LIBERTE DE S'ABSTENIR DE L'ALCOOL

Il est d'intérêt capital que vous compreniez bien ce que nous voulons dire par cette phrase. Nous vous précisons en effet, qu'il s'agit de la perte d'un mécanisme normal. Pour vous, pour nous, les boissons alcoolisées peuvent être un agrément, un plaisir même, mais nous pourrions nous en passer facilement.

Pour votre malade, elles étaient devenues une nécessité malade aussi impérieuse et vitale que pour nous tous le besoin de dormir. On peut échapper au sommeil pendant un temps plus ou moins long, mais tôt ou tard, il faudra dormir. Il en va de même pour votre malade à l'égard de l'alcool : qu'il lutte ou qu'il ne lutte pas, c'est un fait qu'il n'a pas pu assouvir sa soif morbide d'alcool. »

Extrait d'après la 9^{ème} lettre des « Lettres aux alcooliques » de P. Fouquet.

Cet extrait provient de la lettre qui est distribuée dans l'unité Eole à tous les patients admis en sevrage*. Elle est précisément adressée aux familles des malades afin qu'elles comprennent mieux leur situation, la maladie et la souffrance d'une personne alcoolique, et qu'elles adaptent davantage leur comportement vis-à-vis d'elle.

Ce mémoire a permis de mettre en lumière la pathologie alcoolique, l'intérêt des arts plastiques au regard de la maladie, ainsi que l'aspect théorique et pratique de la bonne intégration d'un atelier d'Art-thérapie au sein d'un service d'addictologie. Si l'expérience a été globalement positive pour les patients, l'équipe pluridisciplinaire et l'Art-thérapeute stagiaire, elle demande quelques ajustements. Aussi, il serait judicieux de la renouveler dans ce même service, afin d'évaluer sa pertinence de façon constructive et de ne pas se baser sur une expérience unique. L'Art-thérapie n'était pas connue du service, comme c'est le cas encore dans de nombreux établissements médicaux, sociaux, et carcéraux. Cependant, ce premier essai a permis à l'équipe de s'ouvrir à une autre discipline paramédicale, elle en a reconnu l'originalité et la validité dans la prise en soin des patients. Malgré cela, l'expérience n'a pu être poursuivie au-delà du stage, en raison d'un cruel manque de moyens et face à de nouvelles restrictions budgétaires de l'établissement. Néanmoins, l'ouverture de l'esprit collectif constitue déjà un premier pas pour la profession art-thérapeutique.

Par ailleurs, P. Fouquet a su faire évoluer les mentalités, dès le milieu du XXe siècle, en reconnaissant l'alcoolisme comme une maladie, et en créant différentes structures spécifiquement dédiées aux personnes souffrant de cette pathologie. Aujourd'hui encore, son travail influence le monde médico-social par sa vision élargie de la maladie. En effet, l'extrait de la lettre aux familles présenté ici, amène une réflexion importante : certes une prise en charge médicale de la personne alcoolo-dépendante est nécessaire, mais une information et un accompagnement des familles des malades semblent être primordiaux. Car, la personne alcoolique, à sa sortie de cure de sevrage*, a besoin d'un soutien inconditionnel et compréhensif de son entourage, pour poursuivre sur le chemin de l'abstinence et de la reconstruction.

BIBLIOGRAPHIE

- J.REY-DEBOVE, A.REY, *Le Petit Robert*, Paris, Editions Robert, 2013
- S.TRIBOLET, *Vocabulaire de santé mentale*, Paris, Editions de santé, 2006

- I. BOULZE, *L'Alcoolisme*, Paris, Editions Armand Colin, 2011
- M.KREUTER, P.BATEL, *Dossier de l'alcoolisme*, Le généraliste, n°2358
- P. ANGEL, P. MAZET, *Guérir les souffrances familiales*, Paris, Presse Universitaire de France, 2004
- INPES, *Drogues et dépendances*, Editions Inpes, 2007
- M. LEJOYEUX, *Addictologie*, Issy-les-Moulineaux, Editions Masson, 2013
- P. de TIMARY, *Sortir l'alcoolique de son isolement*, Paris, Editions de Boeck, 2014

- R.FORESTIER, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Editions Favre, 2009
- R.FORESTIER, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, Paris, Editons SeeYouSoon, 2006
- P. PAUL, R. GAGNAYRE, *Le rôle de l'Art dans les éducations en santé*, Paris, L'Harmattan, 2008
- H.FOCILLON, *Vie des formes*, Paris, Presses universitaires de France, 2010

- E. NURIT, *Une expérience d'art-thérapie à dominante écriture littéraire auprès de femmes alcoolo-dépendantes en centre de soins de suite et de réadaptation*, Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 1 vol. 62 p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2012
- A. MEST, *Une expérience d'Art-thérapie à dominante théâtre auprès de patients addicts*, Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 1 vol. 75 p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2012

SITOGRAPHIE

- http://www.lesforges.org/article/elements-anatomie?scroll_to=article
- <http://www.alcoolassistance.net>
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Pierre_Fouquet
- <http://www.ama.lu/addiction.php>
- <http://www.dermokil.fr/blog/>

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

&

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes
alcoolo-dépendantes**

RÉSUMÉ

Ce mémoire relate une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes alcoolo-dépendantes au sein du service addictologie du CHS la Chartreuse à Dijon. Il expose une vision théorique et pratique de l'apport bénéfique de cette discipline dans la prise en soin des malades alcooliques.

Cet écrit présente tout d'abord l'alcoolo-dépendance, dans son contexte historique, social et médical. Il montre ensuite l'intérêt des arts plastiques et propose une réflexion quant à leur utilité au sein d'un atelier d'Art-thérapie destiné à des personnes souffrant d'alcoolisme. Puis, l'expérience pratique du stage au Centre Hospitalier est détaillée, à travers la présentation de l'établissement, de l'équipe médicale, mais également d'une étude de cas permettant d'illustrer le travail de l'Art-thérapeute auprès des patients, par ses observations, les stratégies et objectifs thérapeutiques mis en place et les bilans de prise en soin. Enfin, il est soumis une discussion au sujet de la pertinence de mettre en place ce type d'atelier au sein d'une cure de sevrage, dans ses points positifs et négatifs.

*Mots Clefs : alcoolo-dépendance, arts plastiques, addictologie, cure de sevrage,
Art-thérapie*

ABSTRACT

This thesis describes an Art Therapy experiment, using predominantly visual arts, on alcohol dependent people within the Department of Addictions in CHS la Chartreuse in Dijon. It introduces a theoretical and practical vision of benefits that this discipline has in caring for alcoholics.

This essay explains alcohol dependency in its historical, social and medical context. It shows the interest of visual arts and comments on the usefulness of Art Therapy workshops for people suffering from alcoholism. The thesis then goes on to comment on practical work experience in the Hospital,, through the presentation of the institution and its medical team. It also gives a case study which illustrates the work of the Art Therapist with patients, by her observations, therapeutic strategies and objectives, as well assessment of care giving. The thesis closes with a debate on the advantages and disadvantages of using this type of care in a detoxification treatments.

Keywords : alcohol dependence, visual arts, addiction, detoxification, Art therapy

Madeline FLOCARD, 2014