

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Miléterie BP 199
TSA 51115
86073 Poitiers cedex 9 - France

**L'art-thérapie orientée vers la musique et les arts plastiques
pour revaloriser l'estime de soi des personnes en situation de
précarité.**

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

Présenté par Morane POMIER

Année 2020

Sous la direction de : Christelle CHARBONNEAU, Art-thérapeute diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Référents Universitaires : Pr Jean-Jacques GIRAUD et Pr Nematollah JAAFARI

Lieu de stage : Les Restos du Cœur de Gironde
Centre de distribution d'Eysines, 90 route de Pauillac 33320 Eysines
Accueil de Jour 81 Boulevards Alfred Daney, 33300 Bordeaux

Plan

Remerciements :	4
Préambule :	5
INTRODUCTION/ A/ L'art-thérapie orientée vers la musique et les arts plastiques, a un rôle à jouer dans l'amélioration de l'estime de soi des personnes en situation de précarité.	7
1) Les réalités de la précarité et ses conséquences sur la santé et l'estime de soi	7
a) Précarité, pauvreté et exclusion* affectent l'estime de soi	7
b) Pathologies liées à l'exclusion : troubles rencontrés au quotidien	10
2) L'art comme expérience humaine et présentation des techniques utilisées.	13
3) L'art-plastique et la musique comme moyen de restauration de l'estime de soi	14
a) Les mécanismes de l'art-thérapie	15
b) Les arts-plastiques et la musique, leurs applications thérapeutiques pour améliorer l'estime de soi.	18
MATERIEL ET METHODE/ B/ Intervention en Art-thérapie au sein des Restos du cœur ...	21
1) L'art-thérapie comme outil de lutte contre l'exclusion	21
a) Introduire l'Art-thérapie dans une association à visé humanitaire : Les Restos du Cœur.....	21
b) Protocoles et outils d'accompagnement personnalisés	23
d) Déroulement d'une séance	27
e) Choix des patients de l'étude.....	28
2) Maria, de l'art-plastique à la musique	28
a) Anamnèse de Maria	28
b) Les objectifs thérapeutiques	29
c) Synthèse des séances.....	31
3) L'accompagnement de Dana à travers la réalisation d'une chanson	32
a) Anamnèse de Dana	32
b) Les objectifs thérapeutiques	34
c) Description des séances.....	36
RESULTATS C/ Les séances d'art-thérapie permettent de se positionner comme acteur et favorisent la conscience de soi.	41
1) Les résultats de l'accompagnement de Maria.....	41
a) Résultats croisés.....	41
b) Bilan de Maria :être acteur de changement à travers la pratique artistique.	44
2) Les Résultats de l'accompagnement de Dana.....	46

a) Résultats croisés.....	46
b) Bilan d'intervention : Apaiser la douleur permet de recréer un lien avec soi pour améliorer l'estime de soi	48
DISCUSSION/ D/ L'intervention en Art-thérapie auprès des personnes en situation de précarité : s'adapter à un contexte spatio-temporel spécifique et une identité psycho-sociale pour restaurer le « soi ».....	50
1) Les limites de l'études : le cadre spatio-temporel de l'intervention en art-thérapie	50
a) Les interventions à domicile.....	50
b) Le rapport au temps fragilisé des personnes en situation de précarité.....	53
c) Accompagner un public précaire dans les conditions d'exercice du libéral lorsqu'on est débutant.	55
2) L'art-thérapie comme restaurateur de lien avec soi, les autres et l'existence	57
a) L'alliance thérapeutique : le rôle de l'enthousiasme, de l'optimisme, de l'humour	57
b) L'art-thérapie pour recréer du lien avec soi	59
c) L'identité sociale d'une femme en situation de précarité : l'image de soi.....	60
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	67
GLOSSAIRE	68
ANNEXE 1.....	70
Fiche d'Ouverture	70
ANNEXE 2.....	72
Fiche d'Observation Dana	72
ANNEXE 3.....	74
« Les mots pour le dire » : Voici quelques exemples des cartes utilisées pour exprimer ses émotions. Ce dernier se compose de 42 cartes (7 familles de 6 émotions).	74
ANNEXE 4.....	75
Liste du Matériel Utilisé	75
ANNEXE 5.....	77
Grille d'évaluation de Dana	77
ANNEXE 6.....	78
Auto-évaluation (personnalisée pour Dana)	78
ANNEXE 7.....	79
Choix des Musiques :	79
Utilisées avec Dana :.....	79
Utilisées avec Maria :.....	80

ANNEXE 8.....	81
Productions de Maria.....	81
ANNEXE 9.....	83
Productions de Dana.....	83

Remerciements :

Ce travail a été pour moi une réelle aventure, rédactionnelle, intellectuelle et humaine. Et en tant que telle, elle ne serait rien sans compagnons de route... Je tiens donc à remercier du fond du cœur toutes les personnes qui m'ont enrichie à leur manière durant l'élaboration de ce mémoire : Mes colocataires, Mike Kouvolou et Tristan Dias pour leur soutien si précieux au quotidien. Gabriel Cadet pour les débats sans fin qui m'ont tant apporté. Alex Berthelin pour la musique et pour m'avoir montré la richesse de son partage et à quel point il est beau de sortir de sa cage. Mélanie Absalon et Margaux Lambert pour leur amitié indéfectible et pour m'avoir donné confiance quand celle-ci partait en vacances. Ma directrice de Mémoire, Christelle Charbonneau, pour avoir réussi à chacun de nos échanges, à me transmettre sa force de guerrière et pour ses éclairages précieux. Enfin, je remercie Jean-Jacques Giraud ainsi que tous les intervenants au DU d'Art-thérapie de Poitiers pour la qualité de leurs transmissions, de savoirs et d'expériences.

Préambule :

Le chant, l'écriture et la musique sont des moyens d'expression qui m'ont semblé vitaux dès l'enfance. Si je n'en comprenais pas tous les mécanismes, je ressentais l'urgence à les utiliser comme exutoire. Au fil des années, je finis par les employer uniquement comme des bouées de sauvetage pour les moments les plus difficiles. Puis, la timidité et le mental prirent le dessus sur tout autre chose. Seule la musique restait une présence constante dans ma vie. J'ai découvert le théâtre à l'adolescence, pendant cinq ans cette pratique aura eu pour effet de me sortir de ma bulle et d'amorcer un combat contre ma timidité. En parallèle, mon choix professionnel s'est porté tout naturellement vers le domaine du social. Aider l'Autre représentait pour moi la seule voie, à la fois, à ma portée et digne d'intérêt. Peinture, collage et autres arts-plastiques viennent s'ajouter à l'écriture et au chant que je pratique alors à l'abri des regards. Lors de la validation de mon Diplôme d'Etat d'Assistante de Service Social (DEASS*), je réalise un mémoire sur le « chez soi » des personnes ayant vécu à la rue. A cette occasion, je rencontre une dizaine de personnes. Leurs parcours sont atypiques mais ils ont tous en commun l'incertitude du lendemain et des souffrances qui envahissent leur présent. Je m'aperçois alors que le plus grand frein à leur désir d'habiter est leur manque d'estime d'eux-mêmes. Alors que certains se montraient incapables d'investir un lieu et de s'y installer de façon pérenne, d'autres affirmaient ne pas le mériter. Cette expérience m'a particulièrement fait réfléchir à la construction de l'estime de soi et à sa fragilité face aux événements traumatiques. Après avoir terminé mon cursus et obtenu mon diplôme, j'ai commencé à travailler, en polyvalence de secteur, au Conseil Départemental de Dordogne. A la rencontre de ce public aussi pluriel que précaire, je prends peu à peu conscience des limites de mon travail et de mon envie profonde d'aller plus loin. En parallèle, je développe ma palette artistique en écrivant et composant des chansons. Peu à peu, l'écriture prend de l'ampleur et mon besoin de faire de la musique grandit. Je me mets alors à l'apprentissage de la guitare. Je découvre ainsi le métier d'Art-thérapeute et j'y trouve une résonance avec mes pratiques artistiques et leurs effets sur mon bien-être. Mes quelques années d'expérience dans différents services m'auront convaincue de changer de voie pour d'avantage "d'humain" et parvenir à exercer un métier plus proche de ma posture professionnelle. Le métier d'art-thérapeute me semble être une évidence. Au fil des années, j'ai pu gagner en confiance et développer mon épanouissement en même temps que mes productions artistiques, jusqu'à me produire devant un public lors de scènes ouvertes. Cette

transformation personnelle est une réelle source d'inspiration pour accompagner les publics les plus fragiles.

Mon expérience de l'accompagnement des plus précaires m'a appris l'importance de l'estime de soi et du pouvoir de la joie, du plaisir, dans la dynamique du changement. Nombreux sont ceux, parmi les personnes que j'ai pu rencontrer, qui présentaient des troubles de l'anxiété ou souffraient de dépression. Les histoires de vie souvent tragiques, se mêlaient à des difficultés sociales et financières à la fois paralysantes et stigmatisantes. Des problèmes d'addiction étaient souvent présents, à la fois symptômes et palliatifs d'une réalité qui n'est plus supportable. En découvrant les mécanismes de l'art-thérapie, il m'est apparu évident que celle-ci avait un rôle à jouer dans ces trajectoires de vies.

C'est dans cette optique que j'ai choisi de faire mon stage aux Restos du Cœur, au contact des plus démunis. Après toutes mes réflexions et expériences concernant ce public, l'estime de soi m'apparaît comme la clé de voûte des différents problèmes de santé liés à la précarité. Ma question de départ est donc celle-ci : **Dans quelle mesure l'art-thérapie peut-elle améliorer l'estime de soi des personnes en situation précaire ?**

Pour tenter de répondre à cette question, nous étudierons dans un premier temps les spécificités du public en situation de précarité et leurs pathologies associées ; les mécanismes liés à l'estime de soi et les modes de fonctionnement et d'application de l'art-thérapie, en particulier pour la musique et l'art-plastique. De cet exposé, nous tirerons l'hypothèse suivante : L'art-thérapie alliant la musique et les arts-plastiques stimule l'élan corporel* et la gratification sensorielle* permettant d'améliorer la confiance et l'image de soi des personnes en situation précaire. Pour tenter de valider cette hypothèse, nous exposerons les modalités de notre intervention au sein des Restos du cœur, auprès de deux femmes en situation de précarité. L'étude de ces résultats nous révélera que si l'art-thérapie aide à améliorer l'estime de soi des personnes précaires, elle peut mobiliser pour cela des mécanismes complexes. Nous mettrons ensuite en perspective notre étude en réfléchissant aux limites de celle-ci et aux possibilités pour l'art-thérapeute de s'adapter à elle. Enfin, nous mettrons à l'épreuve les interrogations et réflexions qui ont jalonné cette première expérience en Art-thérapie. *Par soucis de lisibilité, tous les éléments relatifs à la construction et au cheminement de ce travail seront inscrits en italique.*

INTRODUCTION/ A/ L'art-thérapie orientée vers la musique et les arts plastiques, a un rôle à jouer dans l'amélioration de l'estime de soi des personnes en situation de précarité.

1) Les réalités de la précarité et ses conséquences sur la santé et l'estime de soi

a) Précarité, pauvreté et exclusion* affectent l'estime de soi

Pour comprendre le lien entre la précarité et l'estime de soi, il nous faut d'abord préciser quelques notions intimement liées mais pourtant bien différentes. Il s'agit de la précarité, la pauvreté et l'exclusion. Si ces éléments peuvent être indépendants les uns des autres en fonction du contexte, nous étudierons ici leur portée pour le public bénéficiaire des Restos du cœur.

La pauvreté est l'état d'une personne en manque de ressources matérielles, alimentaires et/ou financière, disposant de peu. Elle affecte les personnes dont les ressources ne permettent pas d'accéder à des biens et services de première nécessité. Elle entraîne des difficultés multiples, sur la santé ou l'état du logement, avec des conséquences néfastes tant sur le plan moral que physique. Cette réalité est souvent liée à l'absence d'emploi. Cumulées, elles entraînent un sentiment double d'exclusion et de désaffiliation. Ce mécanisme passe par la notion de stigmat. En 1975 Erving Goffman, sociologue à l'Université de Chicago, le décrit ainsi : « *Situation de l'individu que quelque chose disqualifie, qui l'empêche d'être pleinement accepté par la société*¹ ». Le concept de Goffman est intéressant ici car il le positionne sur un plan identitaire. Il apparaît comme décontextualisé, propre à ce qu'est la personne. La stigmatisation, d'après ses travaux, se situe au carrefour de trois types d'identités : l'identité sociale (ce que l'on est aux yeux des autres), personnelle (ce que l'on est de manière visible), et l'identité pour soi (ce que l'on ressent, ce que l'on est de son propre point de vue). C'est par cette stigmatisation que va naître le sentiment de désaffiliation. Ce que Robert Castel, sociologue de la question sociale et du salariat, définit comme étant la perte du lien avec l'activité économique et/ou sociale.

Ainsi, dans une société où travailler et consommer sont les activités les plus valorisées, la pauvreté liée au manque d'emploi apparaît comme un stigmat et source du sentiment

¹ Goffman et Kihm, *Stigmat. les usages sociaux des handicaps*. Le Sens commun. Paris: Éd de Minuit, 1975.

d'exclusion. Michel Wieviorka, sociologue du conflit et de la violence, la décrit en ces termes : « *l'exclusion produit de l'anomie*, de l'incapacité des individus à se constituer en acteurs ; elle fabrique aussi de l'aliénation, l'intériorisation du stigmaté.* »² Lorsqu'on interroge les personnes inscrites depuis peu aux Restos du Cœur, il apparaît souvent un sentiment de honte. Faire appel à une association caritative pour pouvoir manger est très mal vécu par la plupart d'entre eux. En revanche, les bénéficiaires de longue date expriment moins ce sentiment. Selon Vincent De Gaulejac, sociologue clinicien : « *La Honte est l'intériorisation du jugement d'autrui sur soi-même qui va entraîner le sujet dans une réévaluation de la vision qu'il a de lui-même et va lui permettre ainsi d'accéder à un Moi plus proche de la réalité* »³. C'est un mécanisme d'économie psychique qui va permettre d'éviter la souffrance face aux jugements des autres, en évoluant vers une vision intérieure de soi aussi proche de la vision des autres. La honte est le révélateur douloureux de la différence entre la vision idéalisée du Moi et la vision renvoyée par les autres. Cela laisse supposer que les bénéficiaires, au bout d'un certain temps plus ou moins long, ré-évaluent à la baisse la vision qu'ils ont d'eux-mêmes pour ne plus ressentir la douleur de la honte.

La précarité est un état mettant en évidence l'aspect instable, incertain du quotidien en lien avec une ou plusieurs réalités (absence d'emploi, de logement, pauvreté). Cette incertitude implique de devoir s'adapter et être en constante vigilance face aux événements du quotidien, avec la peur permanente de ne pouvoir y faire face. Le sentiment d'insécurité généré est une source de stress non négligeable sur le plan sanitaire et moral.

L'estime de soi est la valeur qu'on s'attribue à soi-même. Ce phénomène social met en jeu les représentations de l'individu envers lui-même et l'image qu'il renvoie dans la société⁴. Ainsi, les réalités générant une stigmatisation et un sentiment d'exclusion ont inmanquablement un impact sur l'estime de soi. Ensemble de ressentis, de croyances et d'attitudes que l'individu perçoit de lui-même, c'est une construction qui s'établit avec la personne et qui se modifie avec elle tout au long de sa vie, au gré de ses expériences, de ses

² M. Wieviorka dans la préface du Livre de N. ELIAS *Les Logiques de l'Exclusion- Enquête Sociologique au cœur des problèmes d'un communauté.* PARIS FAYARD 1997

³ De Gaulejac, Vincent, *Les sources de la Honte*, Paris, Ed. Desclée De Brouwer, 2008

⁴ D'après la définition qu'en donne Delphine Martinot dans : *Soi, les autres la société.* PUG Editions 2013

réussites et de ses échecs. Différentes théories existent pour décrire cette notion. S'il nous est impossible de toutes les expliquer, nous veillerons à exposer les plus adaptées à nos propos. Lorsqu'on se réfère à la célèbre Pyramide de Maslow*, nous constatons qu'avant la construction de toute estime de soi, des conditions préalables sont nécessaires. Les besoins fondamentaux, à savoir le sentiment de sécurité et les besoins physiologiques sont positionnés à la base de la pyramide. Vient ensuite le sentiment d'appartenance. Cette théorie atteint ses limites, nous semble-t-il, lorsque les besoins socles sont présentés comme indispensables au développement des suivants. Cependant, elle nous semble pertinente pour mettre en évidence que l'ensemble de ses prérequis sont fragilisés par la pauvreté, la précarité et enfin l'exclusion. Pour décrire le mécanisme de construction de l'estime de soi, nous nous appuyerons sur la conception intrapersonnelle ⁵ décrite à travers 3 piliers :

- Le premier est la vision affective de soi, qui nous permet d'accepter nos défauts et de surmonter nos échecs et nos erreurs. C'est l'amour qu'on se porte à soi-même. C'est le socle de l'estime de soi. Il prend racine dans les premières années de la vie, grâce à l'intérêt, l'affection et l'amour qui sont donnés à l'individu dans son enfance.
- Le deuxième pilier est la vision rationnelle de soi. La capacité que possède la personne pour reconnaître ses qualités et son potentiel, avec ou sans l'approbation des autres. Lorsque cette vision est positive, la personne peut s'affirmer, réaliser ses désirs, trouver sa place parmi les autres. Dans le cas contraire, la personne aura tendance à adopter un comportement de "suiveur" et n'osera pas concrétiser ses projets par peur de l'échec.
- La confiance en soi constitue le troisième pilier de l'estime de soi. Elle représente d'une certaine manière le bouclier opérationnel de l'individu. Ce qui lui permet d'agir, de réaliser ses projets, d'avancer dans la vie sans peur de l'échec ou du jugement d'autrui. La confiance en soi se nourrit d'actes et de réussites. Elle s'acquiert aussi avec les deux autres éléments qui forment l'estime de soi, comme c'est également le cas pour chacun d'eux. Ils sont interdépendants. L'amélioration de l'un conduit à l'amélioration des autres.

Nous pourrions ajouter une autre vision décrivant l'estime de soi comme construction basée sur les relations sociales et leur qualité. Ainsi, l'estime de soi dépendrait de la façon dont la

⁵ François LELORD, et Christophe ANDRE, *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres* Editions Odile Jacob, 2011

personne est intégrée ou exclue d'un groupe. Cette vision renvoie directement au sentiment d'appartenance. Dans cette perspective, l'exclusion sociale, et notamment la notion de stigmaté décrite précédemment, apparaît directement liée à la construction de l'estime de soi et plus uniquement comme étant un prérequis. La vision interpersonnelle positionne en effet l'estime de soi comme « sociomètre » c'est-à-dire une jauge, un repère indiquant à quel point un individu est intégré dans la société. Quel que soit le niveau d'implication du sentiment d'appartenance dans la construction de l'estime de soi, il en représente vraisemblablement un élément crucial.

L'exclusion sociale, la notion de stigmaté, le sentiment de honte, seraient donc les plus grandes menaces pour l'estime de soi des bénéficiaires. Bien qu'elles ne touchent pas tous les individus de la même façon, et que chacun vit les choses différemment, il est nécessaire d'en avoir conscience dans toute démarche d'accompagnement de ce public. Cette fragilisation de l'estime de soi peut, en effet, entraîner une perte de sens, d'envie et d'action. L'apathie s'installe et la perte de saveur existentielle peut entraîner des troubles plus graves.

b) Pathologies liées à l'exclusion : troubles rencontrés au quotidien

La précarité a un impact multidimensionnel sur la vie des individus. Si des conséquences psycho-sociales s'additionnent à une fragilisation de l'estime de soi, cette dernière ne laisse pas indemne la santé. Le soin de soi est, en effet, directement relié à l'image de soi. Nous constatons que cette dernière a un impact sur les soins basiques d'hygiène physique et mentale. Le manque de considération pour soi-même flirte avec une sorte de fatalité : « A quoi bon ? ». S'ajoute l'aspect financier qui souvent limite toute tentative. Malgré de potentielles prises en charge, en cas de surcoût, il y a la honte possible de devoir dire au professionnel de santé « je n'ai pas les moyens », suivie d'une déception profonde de ne pas être en capacité d'aller jusqu'au bout. Un essai infructueux qui ne fait qu'entériner un peu plus le cercle vicieux d'une mauvaise estime de soi. Et enfin, il y a la multitude de démarches à effectuer jour après jour pour se maintenir la tête hors de l'eau, activité à temps plein pour certaines mères de famille, souvent chargées de multiples autres missions : demandes d'aides sociales, déplacements pour en bénéficier, devoir sans cesse répéter sa situation et faire face à la honte. Tout ceci est source d'épuisement. S'occuper de sa santé devient alors secondaire, tant les situations de précarité sont parfois

apparentées à de la survie. Ces difficultés sociales et financières sont souvent cumulées avec certaines pathologies. Il serait vain d'en établir une liste exhaustive, de même que de définir un lien de causalité entre eux. Il est cependant nécessaire de définir les troubles et pathologies rencontrés dans notre étude.

- Les Troubles dépressifs⁶

On regroupe dans les troubles dépressifs une catégorisation d'un ensemble de symptômes liés à l'humeur et aux impacts dans le quotidien des patients : un sentiment de tristesse, une perte d'intérêt, de plaisir, une baisse d'énergie, un sentiment de culpabilité, une dévalorisation de soi, une perturbation de l'alimentation ou/et du sommeil, des difficultés de concentration, un ralentissement général, voir des idées suicidaires. Plus ces symptômes sont nombreux et durables, plus la dépression sera qualifiée de sévère. Par ailleurs, les dépressions dites sévères sont caractérisées par des épisodes perturbant particulièrement les habitudes du patient, donc repérables. Les dépressions dites mineures sont quant à elles plus modérées mais se manifestent de façon chronique. C'est ce qu'on appelle la dysthymie*. C'est à ce type de dépression que nous nous intéresserons. La manifestation des symptômes dépressifs est à la fois modérée et diffuse dans le temps, ce qui la rend difficilement repérable. Si cette forme dépressive est qualifiée comme la moins intense, elle n'en est pas moins insidieuse. Les symptômes sont en effet souvent attribués au tempérament de la personne, ce qui limite le diagnostic. Ainsi de nombreux patients attendent parfois des années avant d'être diagnostiqués. Selon l'INSERM*, près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie.

Les traitements proposés associent généralement la prise d'anti-dépresseurs et une psychothérapie. Cette combinaison apparaît comme plus efficace qu'un traitement exclusivement médicamenteux.

Durant le stage, trois patientes ont pu être accompagnées, individuellement, de manière assidue sur au moins 4 séances. Deux d'entre elles étaient atteintes de fibromyalgie*. Ce hasard de la vie nous a poussée à nous interroger sur cette pathologie aux regards de la précarité et de l'estime de soi. Il apparaît alors la nécessité de la définir.

⁶ *Le livre blanc de la dépression*, Article 27. Fondation Pierre Deniker

- La fibromyalgie

La fibromyalgie est une maladie dont l'origine demeure encore aujourd'hui inconnue. Les symptômes rencontrés sont des douleurs musculosquelettiques diffuses et persistantes associées à une fatigue importante et des troubles du sommeil. Ces manifestations chroniques sont l'objet d'épisodes plus ou moins intenses. Une constellation de troubles associés se rencontrent souvent chez les personnes fibromyalgiques tels que : troubles dépressifs, maux de tête, sensation d'engourdissement et de fourmillement aux mains et aux pieds, sécheresse buccale, syndrome du côlon et de la vessie irritable, augmentation de l'acuité des sens ou encore une sensibilité accrue aux odeurs, à la lumière, et/ou aux bruits.

En France, la prévalence de la fibromyalgie serait de 1.6%. Les personnes atteintes sont majoritairement des femmes. Il s'agit de la pathologie douloureuse chronique diffuse la plus fréquente.⁷ Selon la définition proposée en 1999 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé : « *La douleur chronique* est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes de telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne.* » L'absence de signes radiologiques ou biologiques anormaux est une source de questionnements récurrents de la part des soignants comme des malades et de leur entourage. Par conséquent, le diagnostic s'établit par élimination et une étude approfondie des symptômes. L'absence d'explication clinique est également à l'origine d'un manque de reconnaissance du syndrome. Reconnu depuis 1992 par L'Organisation Mondiale de la santé comme une maladie à part entière, ce n'est pas encore le cas en France. Un rapport de l'INSERM a été commandé par l'Etat pour statuer sur cette reconnaissance. Ce rapport prévu pour fin 2019 est encore dans l'attente d'être publié. Ainsi, certains médecins considèrent encore la fibromyalgie comme l'expression de troubles psychosomatiques. Les patientes peuvent donc subir une double peine, celle de la souffrance et celle de la non prise en compte de celle-ci. A cela s'ajoute la honte d'être stigmatisée, exclue, mise à l'écart, estampillée de « fausse malade ». La dimension presque exclusivement féminine de cette pathologie est à prendre en compte dans la mesure où elle évolue dans une société patriarcale. La difficulté psychologique représentée par le manque de considération des besoins et spécificités des femmes par la société, pourrait être vue comme une comorbidité sociale de cette maladie. L'intensité des douleurs est parfois très handicapante

⁷ Livre Blanc de la douleur 2017

et limite le malade dans ses possibilités d'action. Ce syndrome peut donc être particulièrement invalidant et entraîner des difficultés socio-professionnelles. Les personnes qui en souffrent tendent à s'isoler socialement et à développer une dépression sévère.

2) L'art comme expérience humaine et présentation des techniques utilisées.

Définir l'art serait une question d'ordre philosophique tant elle touche à la subjectivité humaine. Mode d'expression des expériences, des émotions, de tout ce qui fait humanité, elle est guidée par une intention esthétique. Cette dimension est bien souvent considérée comme une fin en soi. Elle est en effet fondatrice de ce qui fait l'art. C'est la volonté d'atteindre une certaine esthétique qui guide les gestes du peintre, de l'auteur ou du musicien. Le processus créatif que nous expérimentons à chaque fois que nous utilisons la musique, l'écriture, le chant, nous le voyons comme un échange. L'art est un moyen d'expression, une manière de rendre perceptible par le monde extérieur, ce qui est issu de notre monde intérieur. Mais avant de pouvoir extérioriser cette intériorité, encore faut-il que celle-ci se développe. Ainsi, l'art a deux visages. Il est à la fois moyen et objet. Nous nous nourrissons de lui en tant qu'objet : Nous écoutons une musique et celle-ci provoque une réaction physique et/ou émotionnelle plaisante ou désagréable. Les diverses expériences semblables et répétées, en fonction des réactions qu'elles engendrent vont forger nos goûts, et peu à peu, nourrissent notre monde intérieur. En tant que moyen, la musique nous permet d'exprimer une part de ce que nous sommes, de partager un peu de notre monde intérieur, de le rendre intelligible par nos semblables. Par là même, laisser une trace, transmettre, sont des expressions du besoin humain de donner un sens à l'existence.

Les arts-plastiques constituent l'ensemble des techniques artistiques faisant appel à la matière pour réaliser une œuvre à plat ou en volume. Cette désignation est très peu précise et permet d'y inclure un bon nombre de pratiques diverses. Les techniques utilisées dans le cas présent relèvent principalement du dessin et du collage. L'avantage des arts-plastiques est de permettre une grande liberté de création. L'intention esthétique de l'artiste se trouve peu limitée tant les matériaux et techniques mobilisables sont nombreux. Globalement, la réalisation est divisée en plusieurs étapes : Le choix de l'intention artistique, des techniques et matériaux employés, la visualisation de l'œuvre future et la pose des repères en fonction (tracé au crayon

à papier par exemple) et enfin la réalisation. Ces différentes étapes peuvent changer d'ordre et se répéter en cours de production.

On appelle musique, l'art qui permet à l'Homme de s'exprimer à travers l'assemblage de sons pour former une œuvre musicale⁸. L'intention esthétique est encore une fois le guide de l'artiste. Ici le musicien assemble des notes, des instruments, des rythmes, pour produire un ensemble harmonieux. L'harmonisation* c'est le mécanisme qui fait que les sons, ensemble font musique, s'accordent, se complètent et répondent à l'exigence esthétique du musicien. A cette fin, les outils utilisables sont multiples. Nous utiliserons principalement la guitare et le kalimba* (cf ANNEXE 4 fig2 p75). Le chant est une technique musicale spécifique qui permet d'émettre des vibrations, allant de soi vers l'extérieur. Ce mécanisme est un mode d'expression particulièrement fort, par le mouvement qu'il entraîne, où l'ensemble du corps est mobilisé. Si on se sert de sa voix parlée pour communiquer au quotidien, la voix chantée suppose d'ajouter l'harmonisation. C'est par cette harmonisation des sons que la voix devient chant et instrument de musique à part entière. Avec le même mécanisme, il est possible d'utiliser les mots comme outils musicaux. Ils deviennent des sons à harmoniser comme le seraient des notes. La poésie est chantée et associée à la harpe depuis l'antiquité. En auteur du XIXe siècle, Verlaine décrivait de la poésie comme : « *De la musique avant toute autre chose* ». De la même façon que des notes qui se ressemblent vont s'assembler, les mots aux sons semblables créent une harmonie, un rythme. Le texte devient partition. Ainsi il est possible d'utiliser les mots comme outils dont la voix se sert pour faire musique. L'idée est ici d'utiliser les mots principalement pour leur musicalité, leur rythme, leur sonorité. En tant qu'outils musicaux plutôt que littéraires à proprement parler. Si toute fois nous parvenons à y trouver un sens c'est encore mieux.

3) L'art-plastique et la musique comme moyen de restauration de l'estime de soi

Alain de Botton⁹ philosophe suisse, propose d'envisager l'art comme outil, et en définit 7 fonctions : le souvenir, l'espoir, la douleur, la recherche de l'équilibre, la compréhension de soi, le développement de soi et la capacité à apprécier. La porte est ouverte vers une nouvelle approche : l'art comme outil thérapeutique.

⁸ Petit Larousse

⁹Armstrong, John, et Alain de Botton. *Art et thérapie*. Ed Phaidon. 2014

a) Les mécanismes de l'art-thérapie

L'art-thérapie est l'application de cette idée : utiliser l'art et les processus qui y sont liés pour améliorer la qualité de vie des personnes. Le spectre d'intervention de l'art thérapie est à notre sens aussi large que celui des souffrances humaines. Pour comprendre en quoi son application est aussi polyvalente, il nous faut préciser son fonctionnement.

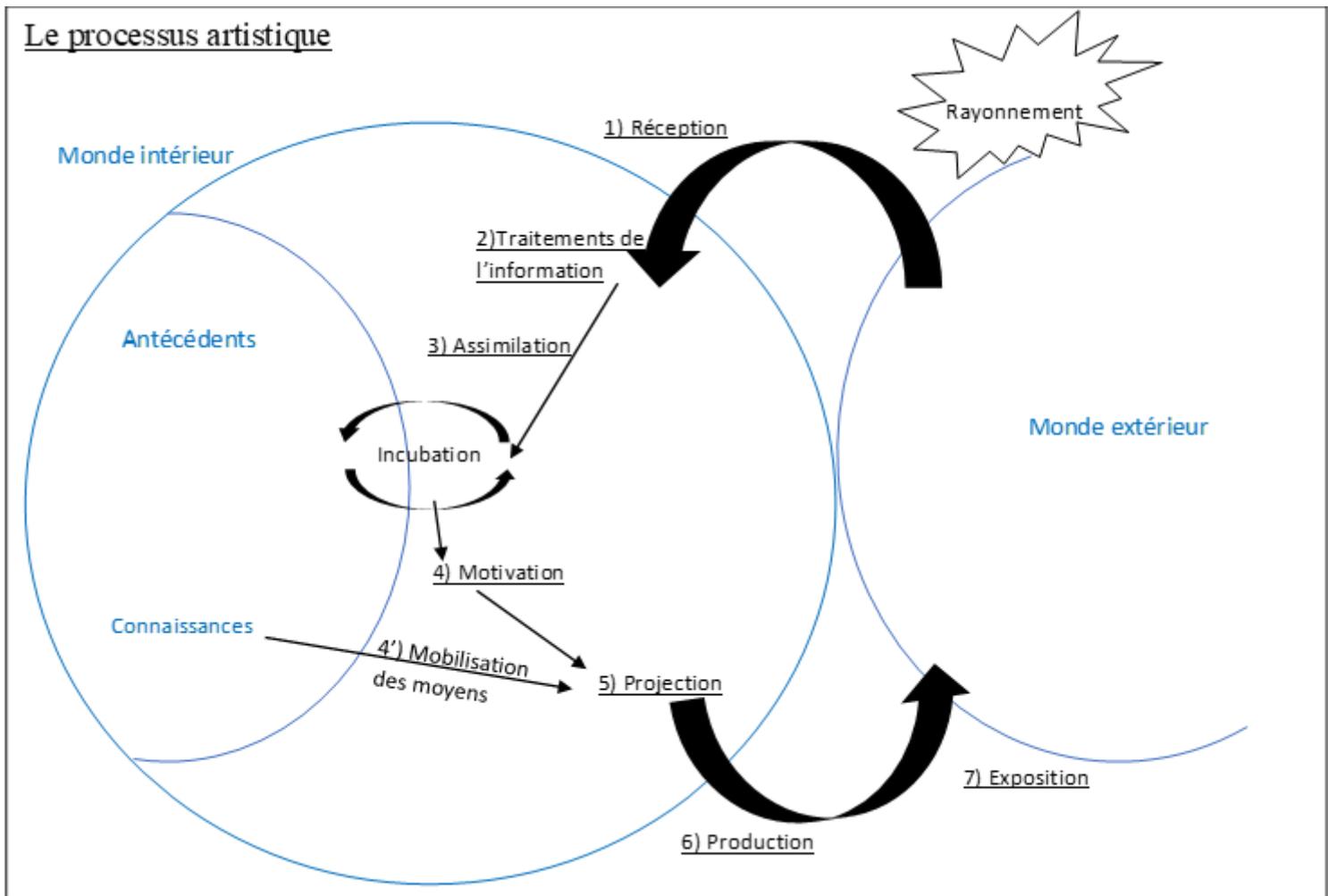
Ainsi, en tant qu'être humain nous nous nourrissons de ce qui nous entoure, ce qui nous émeut, qui nous semble beau, de ce qui résonne en nous. A travers ses sens, l'être humain perçoit ce qui l'entoure : lumière, son, odeur, douleur, pression, température, saveur. C'est ce qu'on appelle des stimuli. Ces perceptions sont traitées par le cerveau comme des informations. Celles-ci vont être analysées puis elles vont potentiellement entraîner une réaction. Les stimuli à la source des émotions ressenties n'ont de limite que la perception humaine. Cette phase d'impression est une première marche vers le processus créatif. La suite nous semble s'apparenter à de la chimie, notre monde intérieur comme incubateur : dans la même logique que le père de la chimie moderne Lavoisier : « *Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme* ». Après un temps indéterminé, ce qui a nourri notre monde intérieur s'entremêle pour esquisser une œuvre qui nous est propre. La phase d'expression vient alors révéler au monde extérieur le résultat de cette transformation.

D'un point de vu plus pragmatique le Professeur de neurologie Roger Gil considère que « *La créativité naît de l'émergence indissoluble de choix rationnels mus par des expériences émotionnelles.* »¹⁰. Le processus artistique mobilise tant notre intellect que nos émotions. Les expériences vécues enrichissent et transforment notre perception du monde et de nous-même, de notre rationalité. Ce mécanisme de va-et-vient entre le monde extérieur et soi-même a été théorisé à des fins d'application en art-thérapie. Le processus créatif a été étudié par bon nombre d'auteurs. Todd Lubart, professeur de psychologie à l'Université Paris Descartes, en fait une synthèse dans son ouvrage *Psychologie de la créativité*¹¹. Ces différentes visions de la créativité nous permettent d'en déduire les éléments les plus récurrents. Il fait également référence aux capacités cognitives mobilisées lors de ce processus. C'est en identifiant ces différentes capacités que l'Art-thérapeute peut s'adapter aux difficultés rencontrées par la personne accompagnée.

¹⁰ R. GIL, *La créativité : émotion ou raison ?* Annales du congrès internationale d'Art et Médecine à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers les 16, 17 et 18 Novembre 2008

¹¹ T. LUBART, *Psychologie de la Créativité*, Armand Colin, 2em édition 2015

D'après notre interprétation de différentes visions de la créativité, nous proposons un schéma qui nous permet d'entrevoir les capacités mobilisables durant le processus artistique :



Chaque mot souligné désigne une étape mobilisant des capacités conscientes qu'il est possible d'utiliser en art-thérapie. Il peut s'agir de capacités constituantes de compétences physiques, cognitives ou relationnelles. Par exemple, l'étape de traitement de l'information va mobiliser des capacités émotionnelles, sensorielles, d'identification et de comparaison. L'étape de production mobilise des compétences à la fois cognitives et physiques, l'étape d'exposition mobilisera des compétences relationnelles. En fonction des étapes réalisables par la personne, il sera possible de déduire les pénalités liées à sa pathologie et de proposer des exercices en conséquence. Il est également possible de se référer à une ou des étapes en particulier en fonction des objectifs thérapeutiques. Dans le cas de personnes apathiques seront privilégiés les exercices permettant l'apparition de l'élan corporel*. C'est par cet élan que naît la motivation, l'envie de s'exprimer, de se positionner en tant qu'acteur. Par effet d'entraînement, plus notre corps est en mouvement, plus il lui sera possible d'agir. R. Forestier, directeur de la formation

d'Art-thérapie de l'Université de Tours, différencie également ce qu'il appelle Art 1* et Art 2*. Il s'agit de l'expression dite « brute », qui ne relève que du sensitif et de l'art sophistiqué qui nécessite une élaboration mentale. Selon les difficultés rencontrées, il sera alors plus approprié de travailler l'un et/ou l'autre. A travers l'Art 1, il est possible de revaloriser la saveur existentielle* en privilégiant les sensations, le plaisir ressenti à travers l'art à travers son rayonnement comme sa production. Ainsi la recherche d'émotions et de sensations positives, agréables, sera privilégiée. En parallèle de ces étapes décomposant le processus créatif, la démarche art-thérapeutique implique que le patient puisse être centré sur lui-même. La séance d'art-thérapie devient alors un espace de rencontre entre la personne et l'autre soi. Celui qui a été négligé, laissé de côté, ou que la vie a fragilisé. C'est à travers cette rencontre, ce retour à soi que peut avoir lieu la transformation. C'est-à-dire qu'à travers l'œuvre réalisée, l'individu va opérer une modification de son monde intérieur. Cet itinéraire métaphorique¹² permet au patient de passer du soi connu au soi créé. Ainsi, il se positionne en acteur de son propre changement.

Ce mécanisme, pour être efficient, nécessite une conscience de l'instant présent, l'action s'inscrit dans une dimension spatio-temporelle précise qui doit être instaurée et supportée par l'alliance thérapeutique*. Le rôle du thérapeute sera alors d'apporter un cadre à la fois sécurisant et stimulant pour que le phénomène artistique ait lieu. Si la réalisation d'une œuvre et son exposition sont sources de valorisation de l'estime de soi, nous considérons que cette dernière étape n'est pas une finalité et doit rester optionnelle, en fonction du patient. En effet, la dimension affective mise dans l'œuvre par le patient peut être difficilement exposée car trop intime ou encore nourrie de ressentis négatifs que le patient ne souhaiterait pas revoir. Ainsi l'œuvre peut être vécue comme l'opportunité de déposer des émotions enfouies, d'extérioriser ce qui ne l'a pas été. Ce mécanisme est le même que pour la psychothérapie classique, seul le moyen d'expression change. La posture thérapeutique décrite par le psychologue et humaniste Carl Rogers¹³, est celle de celui qui accompagne, qui guide, littéralement « à côté de » dans un esprit de congruence. Il s'agit de mettre en relation de façon cohérente l'écoute de l'autre et la compréhension de ce qu'il est, avec ce que nous sommes. C'est se positionner face à l'autre de façon authentique, d'égal à égal plutôt que comme « celui-qui sait ». Cela est d'autant plus

¹² Jean-pierre Klein, *L'art-thérapie, Que sais-je ?*

¹³ C.ROGERS, *Le développement de la personne*, édition Dunod

important auprès des personnes ayant une faible estime d'eux-mêmes¹⁴. Le thérapeute est garant du respect de l'intégrité du patient et de son champ d'action. La relation en elle-même permet un espace de valorisation sociale.

b) Les arts-plastiques et la musique, leurs applications thérapeutiques pour améliorer l'estime de soi.

Par leur multiple palette, les arts-plastiques permettent une grande adaptation aux besoins et possibilités de la personne accompagnée. La technique employée devient un moyen de recherche et d'affirmation de soi : Par l'expression de ses goûts, ses choix esthétiques et la projection de l'image de soi¹⁵. Selon la technique employée, la gratification sensorielle peut également être au rendez-vous et améliorer la saveur existentielle. De nombreuses études ont montré les effets positifs de l'art-thérapie utilisant l'art-plastique sur la douleur ou la dépression¹⁶. A plusieurs niveaux l'utilisation des arts-plastiques dans une dimension thérapeutique peut apporter une grande liberté, une ouverture aux possibles, avec pour seule limite l'imagination. Cette liberté dans l'action permet de faire front contre le sentiment d'aliénation souvent présent chez les personnes touchées par la précarité.

Si les dimensions thérapeutiques de la musique sont multiples, certaines sont particulièrement propices à la reconquête de l'estime de soi. La musique a ce quelque chose d'à la fois intime et universelle. Intime car elle produit à l'intérieur de soi une résonance propre à chacun, elle révèle des émotions et des sensations d'une grande richesse. Jankélévitch, philosophe et musicologue du XXe siècle, disait de la musique qu'elle permettait « *la temporalisation d'un affecte*¹⁷ ». Cette vision nous semble particulièrement importante dans le cadre de l'art-thérapie en ce sens qu'elle renvoie à la fois à sa dimension temporelle et aux émotions. Une étude de l'université de Berkeley en Californie a étudié le panel des émotions ressenties à travers l'écoute de différentes musiques. Plus de trois mille participants ont permis d'établir une liste de 13 émotions qui seraient ressenties le plus souvent par l'écoute musicale¹⁸.

¹⁴ François LELORD, et Christophe ANDRE, *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres.*, Editions Odile Jacob, 2011

¹⁵ Jean-pierre Klein, *L'art-thérapie, Que sais-je ?*

¹⁶ Chardon, Hervé Platel, Fabrice. « *Quand l'art répare le cerveau* ». cerveauetpsycho.fr. Pour la Science. Consulté le 11 mars 2020. <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/therapie/quand-lart-repare-le-cerveau-13045.php>.

¹⁷ V. JANKELEVITCH, *La musique et l'ineffable*, Seuil 1983

¹⁸ Carte interactive disponible en ligne : <https://www.ocf.berkeley.edu/~acowen/music.html#modal>

Sa relation au temps est également mentionnée par le philosophe Francis Wolff qui nous indique que : « *la musique a cette capacité extraordinaire de nous plonger dans un monde où les choses ne manquent pas.* ¹⁹ ». Cette idée semble particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes dont le rapport aux choses est rendu anxiogène par une situation sociale et financière précaire. La musique permettrait alors d'oublier le reste du monde concret pour être dans le ressenti pur du temps. Enfin, elle a cet aspect universel par le fait qu'elle rassemble, l'intimité du « je » devient universalité du « nous » favorable au lien social. Qu'il s'agisse d'un concert ou de chanter ensemble pour célébrer un évènement, la musique a une grande capacité fédératrice. Développer la sensibilité musicale est donc tout à fait à propos avec des personnes en situation d'isolement social.

La musique est ainsi vectrice de mouvement, d'élan, d'envie. Les vibrations produites ont un effet sur le corps, par l'anticipation de la répétition ou la création de son rythme. Qu'il s'agisse d'impression ou d'expression, ce mécanisme procure un sentiment de maîtrise des évènements. Sensation si peu vécue par les personnes en situation de précarité. Cet élan se traduit par des battements de pieds, des mouvements de la tête, jusqu'à la danse. Il peut aussi conduire à utiliser sa voix. Ce mécanisme a cela d'intéressant en art-thérapie qu'il utilise une expression directe entre soi et le monde.

En art-thérapie, l'utilisation conjointe de l'art-plastique et de la musique permet de mobiliser des capacités favorables à la revalorisation de l'estime de soi. Le chemin métaphorique proposé passerait alors par la sensation de plaisirs émotionnels et sensitifs ressentis à travers l'écoute de la musique et le contact avec la matière. L'affirmation de soi est favorisée par le choix et l'expression des goûts esthétiques. La temporalité de la musique favorise l'ancrage dans le présent favorisant l'écoute de soi. Enfin l'élan corporel favorisé par la musique est particulièrement porteur, dans la création artistique en général.

Au-delà des techniques utilisées, l'alliance thérapeutique a également un rôle à jouer dans la valorisation de l'estime de soi. Si le thérapeute est un facilitateur du processus créatif, il est aussi humain et porte un regard sur le patient. En psychologie sociale nous parlons d'effet pygmalion*. Les psychologues américains Rosenthal et Jacobson avancent ce concept pour décrire la façon dont l'attente d'un individu vis-à-vis d'un autre impacte le comportement. Ainsi, l'attente positive ou négative qu'aura par exemple un instituteur vis-à-vis de son élève, aura une influence sur le comportement de l'élève. Dans le cadre d'un accompagnement en art-

¹⁹ F.WOLFF, Conférence à l'Ecole Normale Supérieure, 2015, La vie sans musique est une erreur, France Inter

thérapie, il est donc important de garder cela à l'esprit. Toute la difficulté étant d'être au plus juste des capacités de la personne.

Une attente trop faible ne favorisera pas l'estime de soi de la personne qui pourra même se sentir dévalorisée. Une attente trop élevée n'est pas non plus souhaitable comme nous l'avons vu un peu plus tôt, cela peut-être une source de stress pour les personnes à faibles estimes d'elles-mêmes. L'écoute de l'autre et la prise en compte de ses spécificités est primordiale pour proposer des ateliers au plus près de ses possibilités et permettre un cadre favorable à la valorisation de l'estime de soi.

Lorsque qu'une personne a une faible estime d'elle-même, on observe parfois ce que le psychothérapeute Thomas d'Ansembourg²⁰ appelle un phénomène de sur-adaptation. C'est le fait d'agir uniquement dans le but d'être aimé en négligeant la connaissance de soi. Les actions de l'individu ne sont guidées que par la volonté d'être valorisé par le regard des autres. En entreprenant une recherche de soi-même, l'individu découvre des aspirations qui lui sont propres. Encore faut-il pour cela s'écouter, être attentif à soi à son monde intérieur. Le processus créatif permet de faire cette démarche d'échange et oblige la mobilisation d'une certaine connaissance de soi. C'est l'occasion d'explorer, d'expérimenter des choses peu habituelles, de sortir de son quotidien pour partir à l'aventure, à la découverte de soi. C'est à travers ce chemin fait de découvertes, de choix, et d'action, que l'individu peut, par le biais symbolique, accéder à une autre vision de lui-même et à plus d'autonomie. Par la transformation de l'œuvre, l'individu réalise une démarche de transformation intérieure. Il enclenche un mécanisme favorable au changement.

L'ensemble de ces données nous donne l'occasion de formuler une hypothèse de recherche répondant à notre question de départ : L'art-thérapie alliant la musique et les arts-plastiques stimule l'élan corporel et la gratification sensorielle permettant d'améliorer la confiance et l'image de soi des personnes en situation précaire.

²⁰ T. D'ANSEMBOURG Cessez d'être gentils, soyez vrai

MATERIEL ET METHODE/ B/ Intervention en Art-thérapie au sein des Restos du cœur

1) L'art-thérapie comme outil de lutte contre l'exclusion

- a) Introduire l'Art-thérapie dans une association à visée humanitaire :
Les Restos du Cœur

Fondés par Coluche²¹ en 1985, les Restos du Cœur sont une association de loi 1901, reconnue d'utilité publique, sous le nom officiel de « les Restaurants du Cœur – les Relais du Cœur ». Ils ont pour but « *d'aider et d'apporter une assistance bénévole aux personnes démunies, notamment dans le domaine alimentaire par l'accès à des repas gratuits, et par la participation à leur insertion sociale et économique* »²². Les Relais du Cœurs proposent donc de mettre en place « *toute action pour lutter contre la pauvreté sous toutes ses formes* ». Dans les actions les plus emblématiques de l'association, on retrouve les distributions alimentaires, possibles grâce aux dons d'organismes divers et des particuliers. On retrouve également toute une série de dispositifs pour favoriser l'hébergement et l'accès au logement des plus démunis. Des dispositifs d'insertion, par l'aide au budget, à la restauration du lien social ou encore des cours d'alphabétisation. Les offres sont aussi variées que les besoins des plus précaires. C'est dans cet esprit d'adaptation aux besoins du public que nous avons pu intervenir auprès de deux centres : l'Accueil de Jour de Bordeaux et le centre de distribution d'Eysines.

Afin d'évaluer au mieux les possibilités d'intervention au sein des deux structures, nous avons passé une à deux journées d'observation dans chacune afin de comprendre leurs fonctionnements. Pour les deux structures, le public a pu être informé par le biais d'affiches positionnées à des endroits stratégiques. Il s'agissait ensuite de communiquer sur l'art-thérapie aussi bien avec les bénéficiaires que les bénévoles. Le rôle de ces derniers est déterminant pour permettre d'établir un premier contact avec les bénéficiaires.

Le centre de distribution d'Eysines dispose d'une salle d'accueil où les personnes indiquent leurs noms et attendent qu'on les appelle pour bénéficier de leurs colis alimentaires. Ils ont à disposition des tables, des chaises, un espace libre-service alimenté par des dons où ils peuvent obtenir gratuitement des vêtements, des livres, des dvd et divers objets. Il y a également

²¹ Michel Colucci dit Coluche est un artiste comique et acteur français (Paris 1944-Opio, Alpes-Maritimes, 1986) d'après https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Michel_Colucci_dit_Coluche/114170 consulté le 11/05/2020

²² D'après la charte des bénévoles affichée dans chaque centre

un espace bébé, dédié aux produits de naissance et pour les nourrissons. On trouve ensuite plusieurs espaces de stockage et une salle de distribution, là où sont disposées les denrées alimentaires distribuées au cas par cas par les bénévoles. Un bureau géré par les responsables pour toute la partie administrative permet aussi d'accueillir des entretiens individualisés lorsque cela est nécessaire. Un peu plus loin, il y a un local dédié aux cours de français et d'alphabétisation assurés par trois bénévoles. Enfin, l'espace le plus important pour nous a été le coin convivialité, « le bar » où chacun peut venir prendre un café, un gâteau et discuter avec Michèle la bénévole en charge de l'espace. Elle est toujours aux petits soins et les bénéficiaires apprécient. C'est l'endroit le plus propice aux échanges, d'où nous avons pu communiquer sur l'art-thérapie et créer le premier contact avec les bénéficiaires. Pour la mise en place des ateliers, le manque de place dans les locaux nous a incitée à proposer des interventions à domicile. Par soucis de flexibilité mais aussi d'intimité, car le seul endroit potentiellement disponible était l'espace bébé, un simple rideau le sépare de la salle d'accueil, qui est très bruyante.

La mise en place des séances sur les deux lieux d'intervention a pu être efficace grâce à plusieurs éléments. Tout d'abord, concernant le centre de distribution d'Eysines, le rôle des bénévoles a été crucial. Leurs liens avec le public et leur capacité à communiquer sur ma présence ont été de vraies richesses. Une fois le contact établi avec la personne, il s'agit pour l'art-thérapeute de proposer une définition claire et précise des possibilités de travail en art-thérapie. Si bien souvent la dimension thérapeutique fait peur, c'est par le dialogue et la qualité de la première rencontre que se détermine l'engagement de la personne dans un accompagnement. Ce premier contact est très informel, souvent autour d'un café, d'une cigarette ou dans un couloir. Si d'un premier abord ces conditions paraissent peu confortables, elles sont en réalité plutôt bien adaptées aux publics précaires, souvent confrontés à l'angoisse du bureau des diverses institutions qu'ils rencontrent au quotidien. De plus, ce premier contact privilégie le partage et permet de situer l'art-thérapeute au même niveau que le bénéficiaire. Cet échange, d'égal à égal favorise l'alliance thérapeutique, d'autant plus lorsqu'il s'agit de travailler sur l'estime de soi de la personne.

L'accueil de jour est à destination des sans domicile fixe. Il ouvre à 8h et sert jusqu'à 11h un repas « brunch », petit déjeuner amélioré en fonction des livraisons et dons du moment. Il propose l'accès à des sanitaires, des douches, une salle informatique, une salle de repos et des cours de Français. Jusqu'à 13h, l'accueil de jour permet donc au public vivant à la rue de se réchauffer et de répondre aux besoins de base. La dimension thérapeutique de mon

intervention renvoyait à certains quelque chose de négatif. Dans la mesure où, pour eux, il y a thérapie lorsqu'il y a maladie et qu'ils ne se sentaient pas concernés. Bien que ce questionnement sur le terme « thérapie » soit légitime, il appartient à l'art-thérapeute de transmettre sa conviction. Celle qu'une intervention à visée humanitaire a autant sa place dans une association caritative que dans une structure de soin. En nous appuyant sur une vision globale de la santé et en exposant aux bénéficiaires les possibilités de travail en art-thérapie, ils ont pu y trouver du sens. *Afin de répondre aux exigences de ce mémoire, nous faisons le choix de ne pas développer au sujet de nos interventions à l'Accueil de Jour. Bien que celles-ci aient été des plus enrichissantes et sources de réflexions.*

b) Protocoles et outils d'accompagnement personnalisés

On appelle protocole le plan d'action, guide l'intervention du soignant, une trame pour orienter les soins en fonction des besoins du patient. En art-thérapie, il s'agit de prendre en compte l'état de base de la personne rencontrée, ses forces, ses limites, ses goûts. Ces données sont ensuite enrichies des objectifs thérapeutiques*. En fonction de toutes ces informations est construit le protocole, garant du cadre d'intervention de l'art-thérapeute. Il permet d'orienter le travail dans une direction favorable aux besoins du patient. Pour établir ce protocole et recueillir les informations nécessaires, nous avons élaboré une fiche d'ouverture (ANNEXE 1 p69). Cet outil nous sert de guide pour l'entretien semi-directif qui introduit l'intervention art-thérapeutique. Cet échange nous permet d'élaborer avec la personne les objectifs thérapeutiques. Il s'agit ensuite de proposer un protocole adapté au bénéficiaire.

Au fil des séances, nos outils se sont transformés, adaptés, enrichis. C'est en particulier le cas pour la fiche d'observation. Par soucis d'authenticité et de compréhension de notre travail, une fiche complétée est proposée en ANNEXE 2 p71. Celle-ci permet de repérer durant la séance, les informations nécessaires à une adaptation optimale de l'accompagnement. Chaque séance est construite « sur-mesure », en fonction des spécificités de la personne. A l'image du tailleur qui use d'un mètre, notre outil de mesure est cette fiche d'observation. Les informations rassemblées concernent le contexte de la séance, l'état de la personne en début et fin de séance, les consignes proposées et les évènements particuliers. Enfin, tout ce qui relève de l'expérience de la personne est noté à travers une série d'items* choisis en fonction des objectifs thérapeutiques. Ces items ont été élaborés à l'origine à partir des étapes du processus créatif vue ensemble un peu plus tôt. Au fil des séances, des forces et limites des personnes, les

items se personnalisent. Ainsi, il nous a été nécessaire d'ajouter une catégorie « Autre » pour les items spécifiques liés à des problématiques précises.

Comme pour les items, les exercices proposés en séances s'adaptent à la personne. Certains outils ou exercices de base sont cependant récurrents. Pour permettre au lecteur une compréhension fluide de notre étude, nous en détaillons quelques-uns :

Jeu de cartes « les mots pour le dire » (ANNEXE 3 p73) : Pour permettre de se recentrer sur soi et ses émotions, certaines séances ont pu être introduites et/ou clôturées par un exercice d'identification des émotions. Il s'agit du jeu « *les mots pour le dire* » qui propose 7 familles d'émotions déclinées en 6 membres chacune, eux-mêmes enrichis de synonymes et illustrés. Les exercices possibles avec ce jeu sont multiples et permettent différentes mises en relation avec les émotions (l'empathie, le souvenir, la projection, le retour à soi). C'est la dimension introspective que nous détaillerons ici. Dans cet optique, une des consignes est de choisir 3 cartes qui correspondent aux émotions ressenties dans l'instant, à l'état d'esprit du moment, pour permettre au patient de commencer à ouvrir la porte de son monde intérieur. Il est un bon indicateur du niveau d'habileté de la personne à effectuer ce chemin et donne ainsi des pistes sur les exercices à privilégier. Comme outil d'évaluation en fin de séance, il permet également de percevoir les ressentis de la personne durant la séance.

Le nuancier à émotions (ANNEXE 4 fig1 p74) : Il s'agit d'un autre outil/exercice autour des émotions, il est composé de plusieurs « pages » de formes et couleurs différentes. Chacune d'elles représente une émotion. Cet outil est personnel et peut s'utiliser dans un premier temps pour permettre au patient de déterminer s'il est d'accord ou non avec le nuancier consulté. Cela peut donner des indications sur sa capacité d'identification et d'affirmation de soi. Réaliser un nuancier à émotions avec le patient permet d'associer à chaque émotion choisie, une couleur, une forme particulière. Ces associations sont très personnelles car elles relèvent de nos expériences propres. Ce nuancier pourra être utilisé ensuite dans une production en art-plastique, comme « traducteur » d'émotion en couleur et/ou forme.

La danse du feutre : La consigne est d'écouter une musique, de choisir un feutre et de fermer les yeux, la mine du feutre posée sur une feuille de papier. Il s'agit alors de se laisser guider par la musique et de faire danser le feutre sur la feuille en fonction d'elle. Comme exercice complémentaire à celui-ci, l'art-thérapeute propose à la personne de compléter la production obtenue à sa convenance en fonction du matériel à disposition (ANNEXE 4 Fig3

p74). L'idée étant la transformation : donner une forme, une couleur, un aspect, souhaité, intentionnel à quelque chose de visuellement aléatoire. Une fois la transformation opérée, il est possible d'utiliser le résultat pour d'autres exercices ou pour un projet. Cet exercice est une invitation au lâcher-prise, axé dans un premier temps sur l'art 1*. La deuxième consigne renvoie symboliquement au fait qu'il est toujours possible d'agir, d'avoir un impact sur sa vie même lorsqu'on ne peut pas tous maîtriser.

Les exercices musicaux proposés ont été inspirés du livre de Richard Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*. En voici quelques-uns :

Le question-réponse : Le patient choisit un des instruments proposés (ANNEXE 4 Fig2 p74), l'art-thérapeute se munie d'un instrument complémentaire, en fonction de celui choisi par la personne. A tour de rôle, chacun réalise une phrase rythmique avec l'instrument comme s'il s'agissait d'une question et l'autre répond ensuite en fonction de ce qu'il a entendu. Cet exercice sollicite l'écoute et la prise en compte de l'autre, puis de trouver une cohérence dans le rythme proposé en guise de réponse. Utilisé en introduction d'une séance musicale, il permet de se familiariser avec l'instrument de façon ludique.

Notes et voyelles : A l'aide du kalimba* l'art-thérapeute joue une note de façon répétée. La personne fait vibrer sa voix en utilisant un son associé à une voyelle (a, e, i, o, u) sur la note jouée. Cet exercice est un bon échauffement, pour les séances utilisant le chant. Il mobilise l'art 1 et se concentre sur la sensorialité, la vibration produite par les cordes vocales.

Des mots pour des notes : En fonction d'une œuvre, d'une production ou tout autre élément choisi par le patient, celui-ci dresse une liste de mots. Avec l'aide de l'Art-thérapeute, le patient dresse une autre liste de mots pour rimer avec la première liste. En fonction des mots assemblés, le patient trouve un rythme et une structure à l'ensemble. Cet exercice peut être répété sur plusieurs séances pour constituer une chanson ou bien peut se suffire à lui-même pour accompagner un autre exercice de composition.

c) Elaboration des outils d'évaluation

La fiche d'observation est un outil de mesure qui permet également de constater de l'évolution de la personne au fil des séances. Les items en particulier sont construits dans cette double fonction. Les données recueillies à l'aide de ces items sont ensuite assemblées dans une grille d'évaluation (ANNEXE 5 p76) qui nous apporte une vision globale de l'évolution du patient. Les grilles d'évaluation nous permettent de visualiser l'évolution des capacités mobilisées par la personne mais aussi de percevoir leurs fluctuations en fonction des séances.

Cet outil est particulièrement important lorsqu'il s'agit de communiquer sur notre travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Bien qu'il n'y ait eu aucun partenaire à solliciter durant ce stage, un tel exercice sera probablement nécessaire dans notre pratique future. Pour plus de lisibilité il nous a donc semblé préférable d'organiser les items selon trois catégories : La capacité émotionnelle qui renvoie au monde intérieur de la personne, à ses habiletés cognitives, psychiques et émotionnelles. La capacité physique, qui concerne les facultés motrices et sensorielles. La capacité relationnelle, comprend les éléments de communication, l'habileté sociale et la qualité des échanges avec l'art-thérapeute. La grille d'évaluation est mise en lien avec les autres éléments observés, le contexte et les informations issues des échanges avec la personne. Tout cela nous permet d'établir un bilan écrit, qui peut se combiner avec un entretien spécifique ou un questionnaire d'auto-évaluation à transmettre au bénéficiaire. Il s'agit de mettre en évidence les points de fragilité à travailler en cas de poursuite de l'accompagnement. Lorsque cela n'est pas possible, comme dans le cas de ce stage, le bilan sert de rétrospective et marque la fin du suivi. Dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire ou d'un travail sous prescription, ce bilan est précieux pour transmettre la synthèse de l'expérience vécue par le patient en art-thérapie, ses progrès et toute information permettant d'améliorer sa prise en charge globale.

Le rôle d'outil d'évaluation du jeu de cartes « *les mots pour le dire* » ne nous a pas semblé d'une grande importance au départ. Il s'agissait plus d'un indicateur du ressenti de la personne sur la séance et le cas échéant, une occasion d'en échanger quelques mots. Au fil des séances, nous avons constaté que, par réflexe nous notions cette dimension émotionnelle avant/après, par le biais des cartes ou non. Ces observations, rassemblées dans une grille au même titre que les items, nous apportent une autre vision de l'expérience émotionnelle vécue par les bénéficiaires accompagnés. Elles apportent également une visibilité sur l'impact immédiat de la séance d'art-thérapie sur l'humeur de la personne. Pour rendre visible cette dimension, nous avons cherché à utiliser cette grille comme base d'information à l'élaboration d'un graphique plus lisible. Chaque émotion appartient à une « famille » qui lui est propre. Nous en avons déterminé huit, en nous inspirant de celles proposées par le jeu de cartes. Cette « classification » a ensuite été organisée en fonction des émotions agréables ou désagréables. Cette catégorisation des émotions, bien que nécessairement subjective, nous a permis d'établir un graphique intégrant les mesures de début et fin de séance. Dans une démarche de partage de notre travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire, cet outil rend visible l'effet immédiat de

l'art-thérapie sur l'humeur ; Mais aussi son évolution dans le temps et en fonction des séances. Dans le cas de personnes dépressives en particulier, ces informations peuvent se révéler importantes pour évaluer les progrès.

L'échelle de Rosenberg permet de mesurer l'estime de soi. Elle a été développée en 1965 et demeure toujours un outil de référence utilisé dans nombre d'études en psychologie. Cet outil a pu être utilisé en début et fin d'accompagnement pour évaluer l'effet éventuel des séances d'art-thérapie sur l'estime de soi.

Afin d'établir un bilan et que la personne puisse mesurer elle-même les progrès réalisés, nous avons proposé en fin d'accompagnement de remplir une auto-évaluation (ANNEXE 6 p77) composée de l'échelle de Rosenberg et de quelques questions personnalisées. Ces questions se portaient sur les objectifs thérapeutiques mais aussi le travail réalisé et les compétences mobilisées pour y parvenir.

d) Déroulement d'une séance

Si chaque protocole est adapté à la personne et chaque séance unique, il n'en demeure pas moins que certains points ont été récurrents dans les propositions de l'art-thérapeute. Les séances individuelles se sont déroulées principalement au domicile des personnes. La totalité des personnes rencontrées dans ce cadre étaient des femmes âgées de 40 à 65ans. Le caractère itinérant de cette intervention implique une organisation de la part de l'art-thérapeute. En particulier lorsque la technique artistique prévue nécessite beaucoup de matériel. En moyenne les séances ont duré entre 1h et 1h30, avec un temps d'accueil et d'échange préalable plus ou moins long. C'est l'occasion pour la personne de s'exprimer si elle en ressent le besoin. Pour l'art-thérapeute il s'agit d'une première évaluation de l'état émotionnel de la personne. Lorsque ce temps n'a pas suffi, l'art thérapeute s'appuie sur le jeu de cartes « les mots pour le dire » en proposant de choisir jusqu'à 3 cartes reflétant les émotions ressenties. La personne peut choisir d'en parler ou pas. Ce temps permet à l'art-thérapeute d'installer le matériel et à la personne de faire un premier pas vers son monde intérieur.

Peut ensuite intervenir un temps de respiration et /ou de méditation guidée en fonction de la personne et de son état émotionnel. Cette étape facilite la concentration sur soi et sur le moment présent. Après ce temps préparatoire, l'art-thérapeute propose un premier exercice introductif dans une technique déterminée avec la personne en fonction des objectifs thérapeutiques et de ses envies. Vient ensuite le moment consacré au projet. Il peut s'agir d'un

temps de production ou bien d'échange sur les goûts, les choix possibles, les envies de la personne, sur sa vision de l'œuvre. Il peut aussi s'agir d'essayer des techniques ou de les améliorer avant de les intégrer à la production. Lorsqu'approche la fin de la séance, l'art-thérapeute commence à ranger le matériel et amène un temps d'échange sur les impressions, ressentis de la personne à propos de la séance. Celui-ci peut être spontané ou introduit une nouvelle fois par les cartes « *les mots pour le dire* ». Une projection sur la prochaine séance peut être faite en fonction de ce qui a fonctionné ou non durant la séance. Après validation ou changement des modalités du prochain rendez-vous, la séance s'achève.

e) Choix des patients de l'étude

Par soucis de confidentialité et de respect, les noms de toutes les personnes ont été modifiés.

Parmi les trois patientes que nous avons pu accompagner de façon régulière, deux étaient atteintes de fibromyalgie : Judith et Dana. Notre hypothèse de départ est ciblée sur l'impact de l'art-thérapie sur l'estime de soi des personnes en situation de précarité. Par conséquent, il nous est apparu pertinent de concevoir la fibromyalgie comme une composante particulière à prendre en compte dans l'accompagnement de la personne. Afin de garantir cet aspect, l'étude d'un seul cas atteint de fibromyalgie nous semble plus favorable. Les deux accompagnements ont été riches d'apprentissages et de réflexions, notre choix s'est basé sur ces dernières. Bien que Judith ait investi très favorablement les séances d'art-thérapie, l'accompagnement de Dana a permis de mettre en évidence une multiplicité d'éléments. Ceux-ci ont été sources de nombreuses réflexions particulièrement éclairantes pour nous, en tant que future art-thérapeute. Maria, la troisième personne, a permis l'émergence de raisonnements différents et complémentaires. L'état de base de Maria en termes d'estime de soi étant moins fragile, les pistes de travail explorées apportent une vision de la diversité des possibilités d'indications de l'art-thérapie pour ce genre de problématique.

2) Maria, de l'art-plastique à la musique

a) Anamnèse de Maria

Maria, 51ans est Brésilienne, elle est arrivée en France il y a 4 ans avec son mari. Ils ont divorcé il y a 2 ans et demi et cette séparation a été très difficile pour elle. Depuis, elle a arrêté toutes ses activités et est tombée en dépression. Elle a bénéficié d'un suivi avec un psychiatre

pendant 1 an avec un traitement anti-dépresseur²³. Après la séparation, sa situation sociale et financière s'est dégradée, elle s'est tournée vers les restos du cœur et a déménagé dans un logement social. Son ex-mari et elle formaient un duo musical de reprises autour du groupe The White Stripes dans lequel elle jouait de la batterie. Depuis, elle n'en pratique plus, les souvenirs liés à son ex-mari étant encore trop douloureux. Ses proches sont très importants pour elle. Elle a deux filles et trois petits enfants. L'une d'elles vit dans la métropole Bordelaise ce qui lui permet de les voir régulièrement. Maria explique qu'elle est dépendante des autres affectivement. En particulier de son petit ami, qu'elle côtoie depuis quelques mois. Lorsque Maria parle d'elle-même, c'est avec un regard très critique, en particulier sur son physique. Elle se trouve « moche » « trop grosse ». Elle éprouve beaucoup de difficultés pour se faire confiance et faire confiance aux autres. Elle décrit une méfiance permanente. Cette dernière s'explique d'après elle par son enfance avec sa mère qu'elle décrit comme « Narcissique et manipulatrice ». Maria est également très complexée par son apprentissage du français qu'elle ne maîtrise pas assez à son goût, elle pense que les autres la trouvent « stupide de ne pas savoir encore bien parler le français ». Malgré tout, Maria sait s'affirmer et donne à voir un monde intérieur riche. Très proche de la nature, elle est fière d'être végétarienne. Elle pratique la méditation ainsi que des activités créatives comme la menuiserie, la marqueterie et la couture. Elle ne pratique plus la musique et cela lui manque beaucoup. Elle souhaite reprendre une activité professionnelle pour améliorer sa situation, mais elle décrit une résistance à l'action. Elle déplore de ne plus rien faire et en même temps s'en sent incapable. Elle manifeste cependant une envie de changement, ce qui l'a conduite à débiter un accompagnement en art-thérapie.

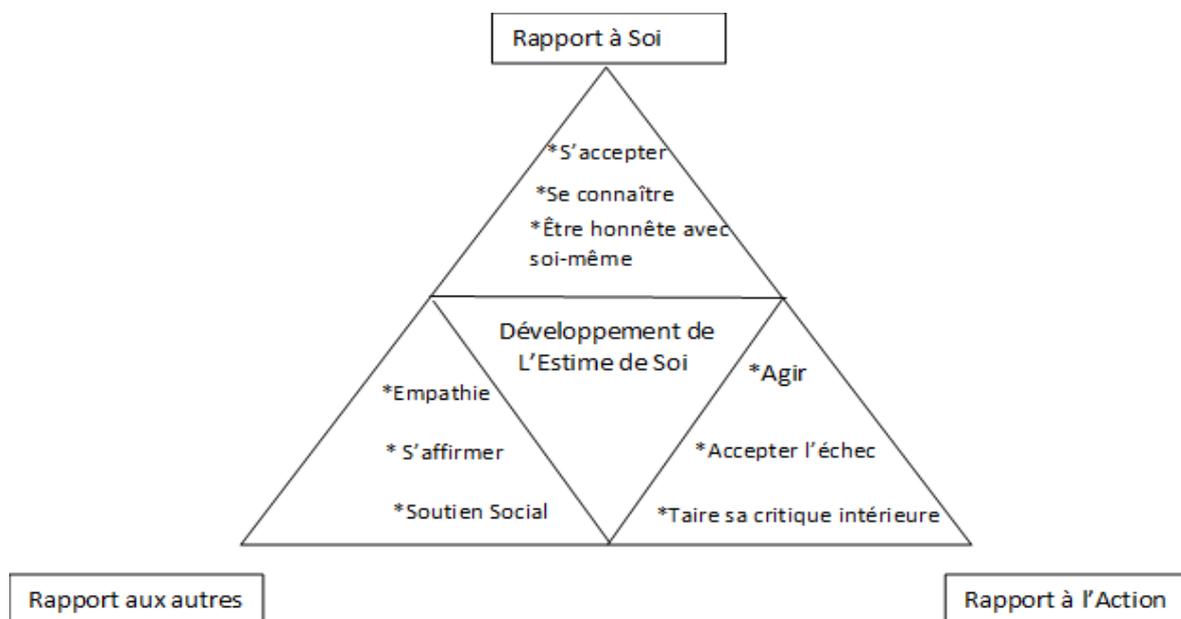
b) Les objectifs thérapeutiques

Après un temps d'échange avec Maria, il apparaît que son estime de soi est fragilisée principalement par ses complexes et son manque d'activité. Ce dernier est causé par la peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas parler assez bien le français, de ne pas être capable. Malgré tout, l'échelle de Rosenberg révèle une estime de soi à 32, ce qui est considéré dans la moyenne (ANNEXE 6 p77). D'un point de vue identitaire, Maria semble avoir une base solide et une

²³ Connaître les détails de ce traitement ne nous a pas semblé nécessaire compte tenu du fait qu'il n'était plus d'actualité. Par ailleurs, s'agissant de la séance introductive, nous nous sentions peu légitime à davantage d'interrogations.

bonne connaissance de soi. Les psychiatres C. André et F. Lelord décrivent 9 clés²⁴ pour améliorer son estime de soi, regroupées en trois domaines : des portes vers le développement de l'estime de soi.

Voici un schéma réalisé à partir de leur travail :



Ce schéma nous permet de visualiser les portes d'entrée mobilisables. Parmi les clés proposées, certaines sont déjà employées par Maria : la connaissance de soi, l'empathie, le soutien social et l'affirmation de soi. S'il est difficile de déterminer si les autres sont mobilisées, il apparaît clairement que celles de l'acceptation de soi et de l'action sont les plus manquantes. A partir de ce constat, nous établissons avec Maria un premier objectif thérapeutique : favoriser son acceptation d'elle-même. Il sera décliné en deux objectifs intermédiaires : améliorer l'image de soi, prendre conscience de ses forces. Le deuxième objectif thérapeutique sera de favoriser l'envie d'agir. Pour y parvenir, nous proposons deux objectifs intermédiaires : stimuler l'élan corporel et renforcer le sentiment de compétence.

Pour ce faire nous proposons à Maria un protocole de 7 Séances d'une heure par semaine qui se déclineront autour de l'écoute musicale et de la réalisation d'un collage autoportrait. Celui-ci vise à répondre à l'objectif de favoriser l'acceptation de soi tout en renforçant le sentiment

²⁴ François LELORD, et Christophe ANDRE, *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres.*, Editions Odile Jacob, 2010

de compétence. L'élan corporel produit par la musique favorisera la réalisation du deuxième objectif.

c) Synthèse des séances

L'accompagnement de Maria s'est déroulé sur 6 séances, soit une de moins que le protocole prévu. Celle-ci ayant dû s'absenter pour s'occuper de sa mère, a annulé notre rendez-vous. Les séances se sont passées à son domicile. Maria accueillait généralement l'art-thérapeute autour d'une boisson chaude : L'occasion d'un point convivial sur ses actualités. Lorsque ce temps d'échanges n'était pas suffisant pour évaluer son état émotionnel, l'exercice autour du jeu de carte « *les mots pour le dire* » était proposé. Cela permettait à l'art-thérapeute d'installer le matériel et d'adapter l'exercice de la séance. De nature joyeuse et globalement très impliquée dans les séances, Maria s'est montrée parfois nostalgique de sa vie passée avec son ex-mari. Nous nous installions dans la pièce à vivre, toujours ordonnée et investie de tableaux et autres décorations. Le lieu de vie de Maria apparaît comme un espace refuge où elle se sent bien. *Pour répondre aux exigences formelles de ce mémoire, nous faisons le choix de ne pas développer une à une chaque séance.*

La communication fût souvent difficile en raison de la barrière de la langue. Nos efforts communs pour communiquer autrement ont créé de beaux moments de complicité et de rire, favorables à l'alliance thérapeutique. Les exercices favorisant l'élan corporel en réponse à la musique étaient proposés en première partie de séance pour ensuite laisser place au projet de collage. Le point de départ du projet fût le choix de photos de Maria, demandé par l'art-thérapeute. Ces photos devaient la représenter et plaire à Maria, elles devaient lui renvoyer quelque chose de positif d'elle-même. A la première séance il s'agissait pour Maria d'expliquer son choix. Celle-ci n'a eu aucune difficulté à narrer les morceaux de vie reliés à ses photos. Après un temps d'échanges, 4 photos sont sélectionnées pour faire partie de la composition. Celles-ci renvoient à des souvenirs où Maria se sentait bien dans sa peau mais aussi des périodes où elle a dû être courageuse et très active. Nous proposons à Maria différents magazines et journaux pour sélectionner les images qu'elle trouvait représentatives de sa personnalité, de ce dont elle est fière. La proposition d'utiliser une toile de format A5 (148x210 mm) fût validée par Maria. Les séances suivantes se sont concentrées sur la réalisation. Entre chaque séance, Maria avait une recherche ou un exercice à réaliser en lien avec sa production pour maintenir l'envie artistique et thérapeutique. L'idée était aussi de maintenir une certaine action de la part

de Maria. Il s'agissait par exemple de choisir des images, de colorier à sa convenance un mandala de son choix ou tout autre élément à intégrer ensuite à sa production.

Les exercices de première partie de séance, liés à l'écoute musicale (ANNEXE 7 p78) ont été dans un premier temps orientés vers l'art-plastique (danse du feutre, improvisation graphique) puis vers l'expression corporelle. Lors de la troisième séance, la consigne durant l'écoute musicale était de faire danser une de ses baguettes de batterie en étant debout et en suivant la musique. Si l'engagement corporel demandé par l'exercice l'a un peu intimidée au début, elle a su peu à peu se laisser porter par la musique.

L'objectif artistique de cette composition était de dresser un portrait de ses ressources, de ses forces. Ainsi il lui a été proposé de s'inspirer de portraits de femmes. Maria a choisi celui de Camille Claudel réalisé par l'artiste graffeur C215. Après accord de l'artiste, Maria a choisi d'intégrer ce portrait à son travail tant celui-ci lui inspirait la force. Au terme des 4 premières séances, la production de Maria fût terminée (ANNEXE 8 p80). Les deux dernières séances ont été axées sur la musique et le chant. Des exercices vocaux accompagnés du Kalimba ont été bien accueillis par Maria. En se basant sur certaines de ses productions passées, il lui a ensuite été demandé d'écrire une série de mots que nous avons pu assembler et mettre en musique. Au terme des deux séances, une chanson a pu être réalisée en accompagnement de la guitare de l'art-thérapeute (ANNEXE 8 p80). La dernière séance a été difficilement investie par Maria qui trouvait que sa mauvaise prononciation du français gâchait la chanson. Après un enregistrement à deux voix, il fût plus simple de lui faire prendre conscience de l'esthétique qu'apportait son accent et sa « mauvaise prononciation » au morceau. Maria a pu ensuite accompagner la chanson avec des percussions. Un temps de bilan permit de mettre en évidence les apports de l'accompagnement. Durant ces quelques heures passées ensemble, certains moments étaient propices aux échanges autour de nos goûts musicaux, nous avons pu chacune jouer à l'autre une de nos compositions personnelles et se conseiller des artistes. Ces temps de partages ont été riches en émotions et ont été importants pour entretenir l'alliance thérapeutique.

3) L'accompagnement de Dana à travers la réalisation d'une chanson

a) Anamnèse de Dana

Dana, 47 ans est bénéficiaire des Restaurants du cœur depuis Mars 2019. N'ayant rencontré aucun autre professionnel l'accompagnant, toutes les informations rassemblées

proviennent de nos échanges. Dana est fille unique de parents divorcés, elle est devenue autonome très rapidement. Très sociable, elle a toujours été bien entourée. A 19 ans elle perd plusieurs de ses amis dans des accidents de voitures successifs, l'un dont elle réchappe. Ces événements ont été très douloureux pour elle. Elle rencontre des problèmes de santé récurrents depuis ses 22ans où elle a souffert d'un ulcère, puis d'une sarcoïdose. On appelle sarcoïdose l'accumulation dans le corps d'une multitude de granulomes (conglomérats de cellules inflammatoires) disséminés dans plusieurs organes. La forme aiguë (syndrome de Löfgren, 20 à 30 % des cas) guérit spontanément 9 fois sur 10 en environ 2 mois.²⁵ En 2006, la mort de son père l'a meurtrie profondément. Très proche de lui, elle en parle encore aujourd'hui avec beaucoup d'émotion. Dana a divorcé en 2008 du père de ses fils. Samy est âgé de 19ans et Florian a 17ans. Celui-ci, atteint d'un handicap, est scolarisé en IME*. A 42 ans elle a dû arrêter son activité de coiffeuse à domicile en raison d'une hernie discale mal soignée qui lui occasionne toujours des douleurs et ne lui permet plus de conduire. Elle a fait une formation de 2 ans pour devenir secrétaire médico-sociale. A la fin de cette formation, les premiers symptômes de la fibromyalgie sont apparus. Un diagnostic a été posé en Aout 2019, après 6 mois d'attente qui furent difficiles psychologiquement. Sa situation financière était sur le point de s'effondrer lorsqu'elle a pu obtenir un logement social dans une ville de la Métropole Bordelaise. Ce logement disponible initialement en Novembre 2019 n'a pu être mis à disposition qu'en Janvier. 2 mois durant lesquels Dana n'a pas eu d'autre choix que d'aller vivre chez sa mère avec son fils. Cette période fût très difficile pour elle, vécue comme un abandon de son entourage.

La fibromyalgie de Dana se manifeste par des douleurs latentes sur l'ensemble du corps, des fourmillements au niveau des jambes, beaucoup de fatigue malgré une hypersomnie. Elle n'est pas en mesure de trouver un travail dans son état. Son humeur est morose, elle exprime beaucoup de lassitude. Elle déclare qu'elle n'a plus envie de rien et qu'elle a l'impression que « le logement, le diagnostic, tout est arrivé trop tard, le mal est fait ». Dana a l'impression de s'être battue toute sa vie et de ne plus y arriver aujourd'hui. Tout l'indiffère, elle passe beaucoup de temps à se reposer. Le moindre mouvement lui déclenche des douleurs. Sa situation financière lui pèse également, surtout depuis que son fils aîné est venu vivre avec elle. Elle est très anxieuse et stressée.

²⁵ Définition de la Fédération des Maladies Dysimmunitaires du CHU de Nîmes

Son traitement se compose d'un anti-dépresseur associé à un myorelaxant pour son mal de dos. Le fluoxétine est un antidépresseur de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Ses effets indésirables fréquents sont²⁶: insomnie, maux de tête, nausées, diarrhées, fatigue, baisse d'appétit, anxiété, nervosité, baisse de la libido, troubles de l'attention, sensations vertigineuses, vision floue, palpitations, et autres troubles physiologiques de la digestion ou du sommeil. La plupart de ces effets indésirables sont rencontrés en début de traitement. Ce qui théoriquement ne concerne pas Dana.

Le Lumirelax, un myorelaxant lui est prescrit pour apaiser ses contractures au dos, renforcées au même titre que ses douleurs fibromyalgiques avec le froid et l'humidité. A trop forte dose il peut entraîner des somnolences.

Dana a beaucoup chanté par le passé, elle parle d'une époque où elle se produisait même dans les bars Bordelais. Elle évoque cette période avec beaucoup de nostalgie. Mais aujourd'hui elle déclare que « tout est bloqué et qu'elle n'a même plus envie ». Elle a associé le chant à une relation amoureuse qui s'est mal terminée. Elle le regrette beaucoup, d'après elle c'était « sa thérapie ». La musique est très importante pour elle, mais elle n'a jamais eu l'occasion d'apprendre à jouer d'un instrument. Dana aime le dessin qu'elle pratiquait il y a plusieurs années mais n'exprime pas l'envie d'en refaire.

b) Les objectifs thérapeutiques

Lors de notre première séance, Dana a pu exposer son histoire et ses besoins. Nos échanges ont duré plus d'une heure. L'échelle de Rosenberg a permis d'établir son niveau d'estime de soi à 15, ce qui est très bas (ANNEXE 6 p77). Comme nous avons pu le voir précédemment, la faible estime de soi peut faire partie des symptômes d'une dysthymie. Ces troubles peuvent aussi être associés à la fibromyalgie. A ce stade de l'accompagnement, Dana ne bénéficie d'aucun autre suivi médico-social. Pour déterminer si son niveau d'estime d'elle-même relève d'un trouble dépressif ou de son tempérament, nous nous référons aux travaux de C. André et L. Lelords qui proposent un tableau comparatif des symptômes liés à la dépression et ceux liés à une faible estime de soi :

²⁶ Vidal en ligne <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp2357-FLUOXETINE-SANDOZ.html> consulté le 15/03/2020

Les différences entre dépression et basse estime de soi²⁷

BASSE ESTIME DE SOI	<u>DEPRESSION</u>
État durable	Modification par rapport à un état antérieur
Trait de personnalité	Maladie
Moral fragile, en dents de scie	Tristesse pathologique : durable, intense, insensible aux événements favorables
Problèmes pour agir : on manque de confiance, on repousse sans cesse à plus tard, on est insatisfait	Difficultés majeures à agir : pas d'envie, pas de plaisir, on est accablé
Pas de troubles physiques particuliers	Troubles physiques : problèmes d'appétit, de sommeil, ralentissement, asthénie
Difficulté à se faire valoir, tendance à se résigner	Auto dévalorisation, culpabilité inappropriée
Pas d'idées de mort ou de suicide	Parfois, idées de mort ou de suicide
Pas de problèmes intellectuels (ou seulement subjectifs) : concentration et mémoire fonctionnent normalement	Problèmes intellectuels objectifs et mesurables : troubles de la concentration, de la mémoire

Ainsi nous constatons que Dana présente davantage de caractéristiques allant dans le sens d'une dépression : La vision qu'elle a d'elle-même semble avoir changé en même temps que sa maladie, elle décrit un comportement différent depuis ces 6 derniers mois, la perte de motivation, de plaisir aux choses, elle mentionne plusieurs fois sa fatigue malgré beaucoup de repos. Dans sa façon de narrer son histoire, il apparaît que si son estime de soi a été fragilisée par la vie, Dana a toujours fait preuve de résilience pour rebondir et aller de l'avant. Ce qui ne semble pas être le cas dès lors. Dans son discours apparaissent des signes de dévalorisation de soi : « je ne suis plus bonne à rien » « je me sens diminuée, faible, moche ». Son rapport au soin de soi semble avoir changé : « je ne me maquille plus ni rien, pourquoi faire ? ». Mais ce qui semble le plus présent dans son discours c'est la lassitude, voire l'accablement face au présent : « ras le bol de la galère, j'ai plus la force », « j'ai plus envie de rien, même les choses que

²⁷ François LELORD, et Christophe ANDRE, *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres.*, Editions Odile Jacob, 2010

j'aimais avant... Ça me blase ». Son discours revient beaucoup sur la période où elle chantait encore, elle exprime beaucoup de nostalgie, son regard s'illumine lorsqu'elle en parle. Ses regrets reviennent ensuite au galop et son entrain s'efface, son sourire devient amer. Au fil de nos rencontres, ce genre de moment se répètera souvent.

Grace à ces échanges nous avons pu établir ensemble les objectifs thérapeutiques. La vision qu'elle a d'elle-même semble surtout liée à son corps, à son image, à ce qu'elle n'est plus en capacité de faire physiquement en raison de sa maladie. Par ce constat nous retenons deux objectifs généraux. Le premier est la revalorisation du soi physique, avec pour objectifs intermédiaires : l'écoute de son corps et de ses émotions, l'appréciation des sensations et émotions positives. Pour le deuxième objectif, il apparaît nécessaire de faire renaitre un élan, une saveur de la vie qu'elle semble avoir perdu. Le seul instant où Dana a pu montrer de l'enthousiasme était en racontant son passé de « chanteuse de bar ». L'objectif de lui redonner l'envie de chanter est choisi ensemble malgré ses réticences : « je ne sais pas si c'est possible, essayons ». Les objectifs intermédiaires étaient de créer d'autres souvenirs autour du chant et qu'elle puisse l'utiliser comme moyen d'expression.

Avec ces objectifs, nous avons pu établir un protocole sur 5 Séances, à raison d'une par semaine le jeudi matin. L'horaire a été déterminé en fonction du rythme de Dana qui s'est décrite très fatiguée l'après-midi. Les envies de Dana n'étant pas très spécifiques en termes de technique, nous avons choisi de créer des ponts entre la musique et l'art plastique pour axer peu à peu sur le chant. Cette pratique a quelque chose de très intimidant, qui peut sembler difficile lorsque l'estime de soi est au plus bas. Avant cela il apparaissait plus judicieux d'instaurer une relation de confiance et un cadre rassurant. Le protocole de départ était donc de se concentrer sur l'instant présent, les ressentis et le plaisir, sur les deux premières séances : Comme une phase de chrysalide, de retour à soi, pour se faire du bien. En parallèle, il est important de favoriser le développement de l'alliance thérapeutique, nécessaire à l'expression et au lâcher-prise. Les trois séances suivantes auraient pour objet la remobilisation de la voix autour d'un projet musical. Nous avons évalué la fatigabilité de Dana à une heure. Nous compterions une durée totale de une heure trente par séance dans un premier temps.

c) Description des séances

Concernant Dana, nous faisons le choix de détailler le contexte et le déroulement de chaque séance. Ces éléments seront nécessaires à la compréhension de nos réflexions futures.

La plupart de nos séances ont débuté par un échange sur ses actualités, sur son humeur autour d'une boisson chaude que Dana proposait de partager pour se réchauffer. Sa maladie la rendant particulièrement sensible au froid, cette étape « cocooning » était assez importante pour elle avant de débiter la séance. Ce rituel a permis d'instaurer un climat convivial plutôt bénéfique pour créer l'alliance thérapeutique. La séance se déroulait généralement dans le salon, peu investi par Dana et son fils. Arrivée depuis peu dans le logement, Dana y associe un malaise, elle ne s'y sent pas chez elle. Il y a peu de meubles, les murs sont blancs, vides. La dernière séance a eu lieu dans sa chambre. Celle-ci est plus investie que le salon, on y trouve un miroir positionné à une hauteur trop importante pour que Dana puisse s'y voir. Contrairement à son salon, une volonté esthétique semble présente, quelques détails de décoration sont présents, les couleurs sont harmonieuses.

- Séance 1

Tony le fils de Dana est présent dans l'appartement mais s'isole après avoir salué l'art-thérapeute. Dana explique qu'elle lui a demandé de rester dans sa chambre, que ces séances étaient importantes pour elle. Dana exprime sa fatigue et ses douleurs, elle est soucieuse. L'objectif de cette séance était le retour à soi et à ses sensations positives.

Dana est contrariée et semble un peu ailleurs. Pour lui permettre de se recentrer sur elle-même, nous proposons l'exercice autour du jeu de carte « *les mots pour le dire* ». Dana mit plusieurs minutes à choisir un paquet de cartes, dont elle fit ensuite le tri. Ce premier exercice a permis de mettre en évidence la fracture que Dana avait opérée avec son monde intérieur. Celle-ci rencontre beaucoup de difficultés à s'écouter et à identifier ses émotions. Face à ce constat nous choisissons d'orienter la séance vers des exercices impliquant davantage le présent et le lâcher-prise. Pour cela, nous proposons un temps de méditation autour de la thématique de l'eau. Dana se montre très réceptive et semble s'apaiser. L'art-thérapeute propose ensuite la consigne de la danse du feutre. L'ambiance musicale autour de la soul et du blues est validée par Dana. (ANNEXE 7 p78). Celle-ci commence par choisir un feutre de couleur bleu et ferme les yeux. Si elle se montre un peu décontenancée au début, Dana finit par prendre goût à l'exercice et s'y plonge totalement. A la fin du morceau, un temps d'une dizaine de minutes lui est ensuite laissé libre pour transformer sa production. Sur la table sont disposés des pastels secs, des feutres, des marqueurs, crayons de couleurs et « masking tape » (ANNEXE 4 Fig 3 p74). Elle n'hésite pas à s'engager dans la transformation avec enthousiasme en utilisant d'autres feutres. Le résultat (ANNEXE 9 p82) semble lui convenir, elle exprime sa satisfaction

par un sourire franc. L'art-thérapeute propose alors un exercice musical. Cette première séance est aussi l'occasion d'observer quelle technique lui apportera le plus de gratification sensorielle. L'art-thérapeute utilise une guitare et propose à la patiente de jouer du kalimba. Après quelques minutes d'essai et de familiarisation, Dana accepte l'instrument. La consigne de l'exercice question-réponse est proposée. Au bout de quelques minutes, Dana fait la grimace. Quelque chose lui déplaît dans l'association entre le kalimba et la guitare. Elle sourit d'un air gêné et exprime sa pensée « j'ai l'impression de gâcher la guitare ». Il nous semble comprendre alors que Dana a un niveau d'exigence esthétique plus élevé que ce qu'elle croit pouvoir réaliser. Dans l'instant, nous réalisons que pour initier une pratique musicale, l'utilisation d'un instrument qu'elle ne maîtrise pas encore n'est peut-être pas idéale pour elle. L'exercice précédent ayant entraîné une réaction plus positive, nous proposons d'y revenir. Après avoir été interrogée sur ce que lui évoquait le résultat de son travail, Dana semble choisir ses mots avec soin et exprime sa sensibilité à la poésie. Elle parle d'une fleur de Lys, de la mer, de profondeur et de tonnerre. Cet échange nous incite à utiliser les mots comme outils musicaux. Nous partageons l'idée avec Dana qui approuve. Celle-ci choisit alors plusieurs mots inspirés par son dessin. Puis en fonction d'eux, est établie une liste de mots dans les mêmes sonorités. Dana choisit ensuite ceux qu'elle souhaite associer. Ainsi, un mot après l'autre, des rimes voient le jour. Nous proposons à Dana de poursuivre cette démarche à chaque séance pour aboutir à l'écriture d'un texte que nous mettrons ensuite en chanson. C'est avec beaucoup d'entrain que Dana valide l'idée du projet. En fin de séance, Dana semblait plus apaisée. L'art-thérapeute lui proposa le même exercice qu'en début de séance avec les cartes, en identifiant cette fois-ci les émotions éprouvées durant la séance. Celle-ci choisit les cartes du soulagement, de la curiosité et de l'empathie. Bien que toujours difficile, son choix fût plus rapide et précis qu'en début de séance.

- Séance 2

A l'arrivée de l'art-thérapeute, Dana s'exprime d'une voix forte et autoritaire envers son fils lui demandant de s'occuper de son chien « pendant qu'elle est en soin ». La pièce à vivre de son appartement est agencée différemment, un tableau a été ajouté sur l'un des murs. Le chien de son fils est sur le balcon et ne cesse d'aboyer. Dana est très agacée, elle montre de la nervosité.

Dès le début de la séance Dana exprime son envie de refaire l'exercice des cartes en expliquant qu'elle trouvait intéressant de décrypter ses émotions. Sentant son agacement envers

le chien de son fils, l'art-thérapeute propose un temps de respiration/méditation sur le thème du vent. Son souhait de travailler sur les émotions nous invite à lui montrer le nuancier à émotion. (ANNEXE 4 fig 1 p74). Dana exprime de la curiosité et se plonge très rapidement dans l'étude de l'objet tout en écoutant nos explications sur son fonctionnement. Il lui est proposé de s'interroger sur ses propres représentations émotionnelles. Pendant ce temps d'introspection, l'art-thérapeute installe le matériel puis revient accompagner Dana dans sa traduction des couleurs en émotions. De sa propre initiative, celle-ci avait dressé un tableau sur une feuille indiquant toutes les couleurs du nuancier et ce qu'elle choisirait comme émotion à la place. La moitié de la séance fût consacrée à ce décryptage. Compte tenu de l'enthousiasme de Dana pour cet exercice, nous suggérons de prévoir la réalisation de son propre nuancier lors d'une prochaine séance. Cela nous permettra d'anticiper l'apport du matériel nécessaire. Après un temps d'échange sur le choix de la musique, il est décidé de s'orienter vers du surf rock. Dana réalise l'exercice de la danse du feutre en choisissant en point de départ la couleur rouge. Elle est réceptive à la musique et montre un élan corporel plus important que ce que nécessite l'exercice (mouvements de la tête, tapotement du doigt, etc..). A l'étape de transformation, Dana perd vite sa concentration, perturbée par les aboiements du chien. Des signes d'agacement sont visibles. A la fin de la réalisation, Dana exprimera l'insatisfaction de son travail : « c'est n'importe quoi, on dirait un gros monstre ». Nos échanges permettront de faire à nouveau émerger une série de mots. Dana montre un enthousiasme particulièrement marqué pour la fin du processus, lorsque la suite de rimes est dite à voix haute, sa réaction est très positive (elle sourit beaucoup, ses yeux s'illuminent). La séance s'achève alors sur une note très positive, et Dana exprime son impatience d'être à la séance suivante.

- Séance 3

Le rendez-vous prévu initialement le jeudi suivant a dû être annulé en raison d'un rendez-vous important pour son fils à l'IME* pour lequel Dana n'avait été informée que deux jours plus tôt. D'après le protocole initialement prévu, il ne restait plus que 2 séances. Pour cette raison, en accord avec Dana, il a été décidé de se concentrer sur le projet de chanson et la dimension musicale, peu explorée pour le moment. L'humeur morne et la douleur exprimées par Dana lors de cette séance ont orienté nos propositions vers des exercices favorisant la gratification sensorielle. Des manifestations de douleur ont été particulièrement nombreuses dès le début de cette séance. L'introduction habituelle autour de la méditation s'est enrichie d'automassages pour apporter un apaisement supplémentaire aux zones douloureuses de Dana. Cette séance fût

l'occasion d'introduire le chant à travers des exercices. L'exercice associant la vibration de la voix et le kalimba avait pour but de permettre à Dana de relâcher les tensions et de faire à nouveau connaissance avec sa voix. Après ce temps de lâcher-prise, nous proposons à Dana de poursuivre sa composition musicale en s'appuyant sur le même exercice, en découpant cette fois le résultat de la danse du feutre à sa convenance. Le choix de l'ambiance musicale se porte sur des sonorités pop/électro. L'exercice de la Danse du feutre, devenu familier, absorbe totalement Dana qui fait preuve d'un lâcher prise total. Après un temps de réflexions, de découpages et de transformations, l'inspiration de Dana sur sa perception de cette décomposition est apparue comme bien plus intime que durant les autres séances. Ainsi, elle mentionne des éléments liés à son histoire : chiffre symbolisant une date particulière, lettre de son prénom, ou anecdotes liées à son fils. C'est quasiment en autonomie qu'elle formera les vers de cette séance. Elle y exprimera tellement d'enthousiasme, qu'ils seront choisis comme refrain pour la composition finale. Son émotion est perceptible et à l'écoute du paragraphe entier exprimé à l'oral, ses yeux s'illuminent et un sourire vient étirer ses traits. « Ça claque ! » dira-t-elle avec fierté. L'exercice des cartes en fin de séance a révélé un sentiment de soulagement et de gratitude chez Dana. Avec beaucoup d'enthousiasme pour la séance suivante, qui serait la dernière.

- Séance 4

Cette dernière séance se déroule après un week-end riche en émotions pour Dana. Elle nous confie en début de séance son ressenti et ses craintes suite à des événements qui ont eu lieu par rapport à son fils. Ce temps d'échange sera plus long qu'à l'accoutumée. La situation la préoccupe et elle semble épuisée. L'objectif artistique de cette séance est de terminer la composition musicale. Mais l'état émotionnel et physique de Dana semble limiter cet objectif. Elle exprime cependant sa volonté de maintenir la séance. Après un temps de respiration associé à des exercices vocaux, le travail effectué précédemment est lu à voix haute. Le même mécanisme que précédemment est adopté par Dana. De la musique latine est choisie comme point de départ. A son écoute, Dana semble portée par un élan corporel (ses épaules suivent la musique, son pieds bas la mesure). Nous lui proposons alors, si elle le souhaite de réaliser l'exercice en étant debout, ce qu'elle accepte. Ce changement de position a pour effet de prolonger le mouvement initié à travers le crayon à certaines parties de son corps. Avant de débiter la phase de transformation de sa production, Dana exprime ses sensations « je me suis balancée dans les bras d'un beau cubain » dit-elle avec un sourire. Ce qui semble indiquer que

Dana a pu se laisser totalement transporter par la musique. Le dernier paragraphe de la chanson est composé à partir de ses impressions. Il en ressort un sentiment d'évasion et de chaleur que Dana se réjouit d'ajouter au texte. Après une relecture, Dana exprime un sentiment de fierté : « ça sonne bien ! » (ANNEXE 9 p82). Nous lui proposons de rechercher ensemble un accompagnement à la guitare. Plusieurs accords lui sont joués sur des rythmes différents. Dana sélectionne d'abord un tempo avant de choisir les accords qu'elle affectionne. Avec ces derniers, nous effectuons plusieurs combinaisons possibles à la guitare sur le tempo choisi. Après un temps d'écoute, Dana se positionne sur une suite d'accords pour les couplets et une autre pour les refrains. Nous encourageons Dana à lire le texte à voix haute pendant que nous jouons l'accompagnement à la guitare. Nous explorons ensemble plusieurs possibilités de chant. Le temps faisant défaut, la ligne de chant n'est pas encore décidée au moment de clôturer la séance. Malgré tout, Dana est très fière de sa production et semble déterminée à poursuivre seule. Elle dira au moment de se dire aurevoir : « j'ai des amis musiciens, je la chanterai avec eux. ».

RESULTATS C/ Les séances d'art-thérapie permettent de se positionner comme acteur et favorisent la conscience de soi.

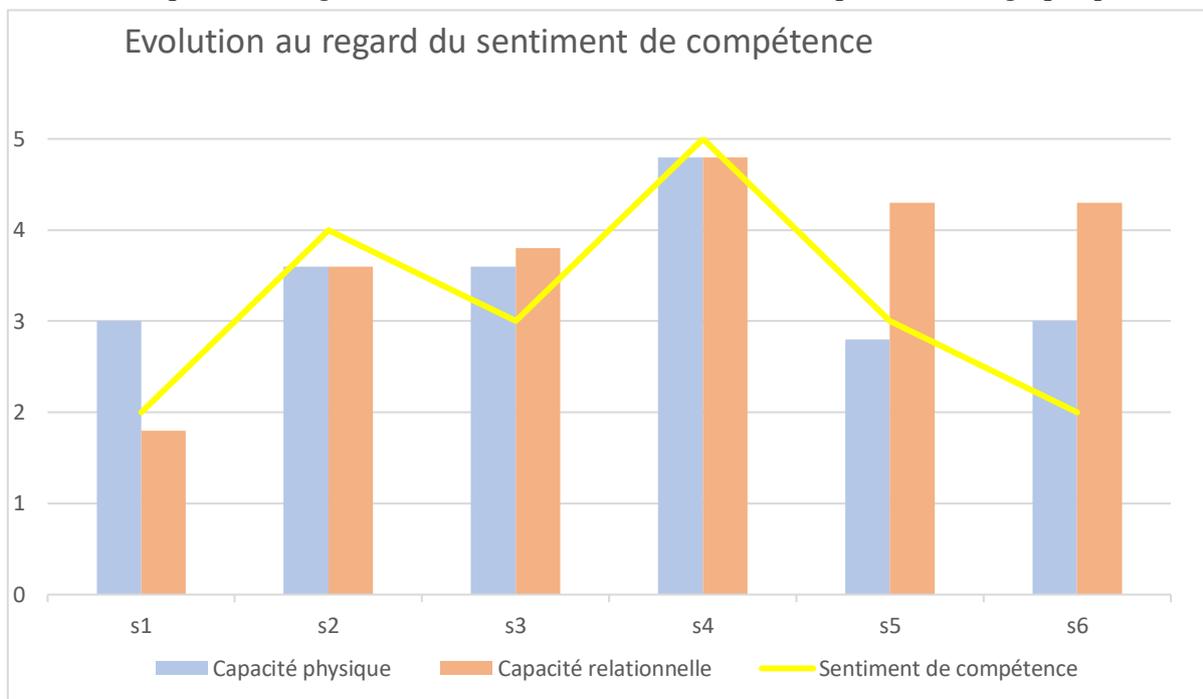
1) Les résultats de l'accompagnement de Maria

a) Résultats croisés

Les fiches d'observations personnalisées en fonction des objectifs thérapeutiques et des capacités/pénalités de la personne évoluent au fil des séances. Pour Maria, il est apparu assez rapidement que les items liés aux capacités émotionnelles n'avaient pas lieu d'être, car celle-ci n'y montrait aucune difficulté. Maria est capable de se concentrer rapidement sur ce qu'elle fait. Les temps de méditation ne lui semblaient plus nécessaires à compter de la troisième séance. Aussi, elle parvient très rapidement à repérer ses émotions. Si nous avons continué à mesurer certains items, cette catégorie demeurerait constante, à la cotation maximale. Par conséquent, nous avons fait le choix de ne pas la faire apparaître dans la grille d'évaluation. Avant de débiter l'exposé des résultats, il nous semble important de garder en tête que les

évolutions repérées à travers nos différents outils ne peuvent être attribuées uniquement aux séances d'art-thérapie. Chaque élément de la vie d'une personne, évènement, entourage, humeur, a un rôle à jouer dans son processus de soin. Les différents outils sont à mettre en lien les uns avec les autres et avec les éléments de contexte de chaque séance.

A partir de la grille d'évaluation de Maria nous avons pu établir ce graphique :



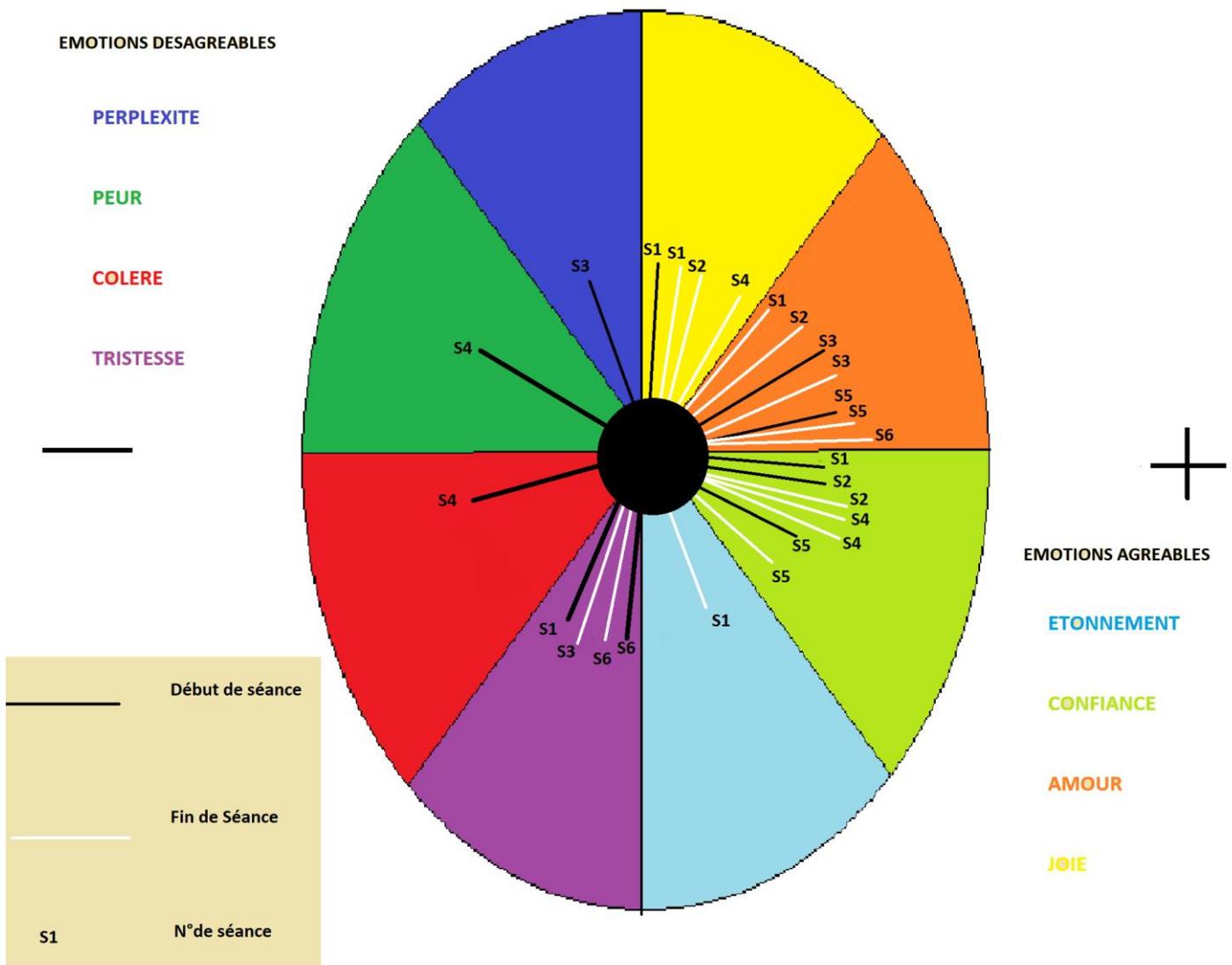
Ce graphique est construit d'après la moyenne des items rassemblés par capacité physique et relationnelle. L'item évaluant le sentiment de compétence a été mis en relief pour le comparer aux capacités mobilisées en séance. Il apparaît qu'une chute de la capacité physique et du sentiment de compétence s'opère entre le Séance 4 et la séance 5. Cette période correspond à un changement de technique après la finalisation de la production en art-plastique. Nous pouvons supposer que ce changement est source d'insécurité pour Maria. Ces résultats mettent en évidence l'importance de la stabilité dans l'accompagnement. Les exercices ritualisés permettent de sécuriser la personne qui parvient plus facilement à lâcher-prise et à laisser libre court à sa créativité, notre matière première en tant qu'art-thérapeute. L'alliance thérapeutique met en jeu notre deuxième matériaux : l'humain. La compétence relationnelle ne semble pas ici influencée par le reste des facteurs. Nous pouvons supposer que des séances supplémentaires dans la technique musicale auraient permis une mise en confiance. Par ailleurs il est important de prendre en compte l'histoire de Maria et sa relation particulière à la musique. Ces séances axées sur l'activité qu'elle réalisait avec son ex-mari ont peut-être été sources de sentiments négatifs.

Enfin, les évènements de la vie de Maria ont été des facteurs de changement d'humeur, de motivation, de comportement. C'est ce que nous pouvons voir à travers une évaluation des émotions en début et en fin de séance.

Grille de recueil des émotions de Maria

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Début	Calme, enthousiasme, désarroi	Calme, Paix intérieure, ouverture	Perplexité, tendresse	Contrariée, insécure, soucieuse	Calme, passion	Peine
Fin	Enthousiasme, curiosité, complicité	Enthousiasme, Paix, Passion	Nostalgique, complicité	Apaisement, fierté, relaxation	Fierté, paix intérieure	Gratitude Nostalgie

Graphique d'évaluation de l'impact des séances sur l'humeur de Maria



Ce graphique nous donne une vision globale des émotions exprimées par Maria en début et fin de séances. Globalement, l'humeur de Maria a été affectée positivement par les séances, seule la séance 6 présente un maintien d'émotion dans la famille « tristesse » avec un passage, comme nous pouvons le voir dans le tableau, de la tristesse à la nostalgie. S'agissant de la dernière séance, ces émotions ont été mises en lien par Maria avec son regret que les séances se terminent. Lorsque nous mettons en lien ce graphique avec celui précédemment commenté nous nous apercevons que lors de la Séance 4, les émotions exprimées en début de Séance étaient désagréables. Pour autant cette séance 4 présente une mobilisation des capacités physiques et relationnelles très satisfaisante. Cela nous confirme la capacité émotionnelle solide de Maria. Celle-ci ne se laisse pas envahir par les événements de la vie. Lorsqu'elle est en séance d'art-thérapie elle y est complètement. Par ailleurs, nous constatons que les émotions exprimées par Maria à travers les cartes semblent aller dans un sens parfois différent de nos observations. Par exemple, si nous mettons en parallèle la capacité relationnelle lors de la première séance et le sentiment de complicité ressenti par Maria (cf tableau). Malgré nos difficultés à communiquer lors de cette première séance, le ressenti de Maria laisse supposer l'émergence d'une alliance thérapeutique. On peut également mettre en parallèle pour la séance 5, les ressentis et le sentiment de compétence. Celui-ci apparaissait en forte baisse (hésitations marquées, grimaces de Maria à l'écoute de sa voix, critiques négatives) pourtant à la fin de la séance, celle-ci exprime un sentiment de fierté.

Le Résultat de l'échelle de Rosenberg révèle une estime de soi à 32 en début d'accompagnement, ce qui est considéré comme dans la moyenne. Mais les observations faites durant les séances ont révélé des fragilités qui ne sont pas prises en compte par ce test : l'image de soi et le sentiment de compétence face à l'inconnu. Par ailleurs, les résultats obtenus en fin d'accompagnement sont strictement les mêmes. Si les éléments mesurés par nos différents outils n'ont pas révélé d'amélioration particulière, les échanges avec Maria ont tout de même permis la mise en évidence de changements notables.

b) Bilan de Maria : être acteur de changement à travers la pratique artistique.

L'analyse globale de ces résultats croisés révèle que l'accompagnement de Maria a mobilisé des compétences et favorisé le sentiment de compétence. Au-delà des objectifs thérapeutiques initiaux, les séances ont été vécues par Maria de façon très positive. L'écoute

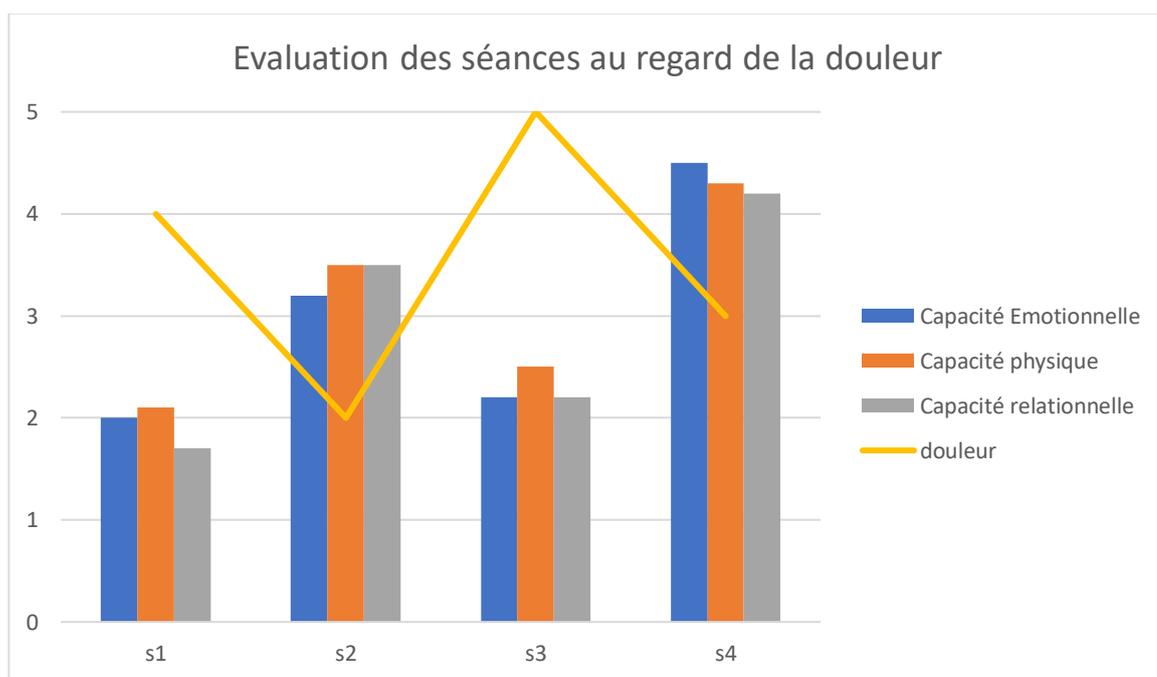
musicale était délicate à orienter car Maria aime le rock mais certains groupes lui rappellent trop son ancienne vie et cela peut vite la rendre triste. C'est donc rapidement qu'elle s'est impliquée dans le choix des musiques. La phase de production a été très investie par Maria qui a su utiliser différents outils proposés par l'art-thérapeute. L'emploi du pastel sec en particulier lui a procuré beaucoup de plaisir. Certains événements de sa vie, que Maria nous a partagé, ont révélé une rupture de l'inaction dont elle se plaignait en début d'accompagnement. En séance 3, Maria nous indique qu'elle a pu trouver un travail à temps partiel. Celle-ci se montre impatiente de commencer et manifeste un grand enthousiasme. En quatrième séance, Maria a pu nous révéler qu'elle s'était remise à la batterie, chose qui lui semblait impossible quelques semaines plus tôt. Réintroduire progressivement la musique dans sa vie lui a, d'après son Auto-évaluation, « procuré beaucoup de belles émotions ». Celle-ci a même ajouté une photo d'elle jouant de la batterie à son collage autoportrait. Cette étape symbolique semblait importante pour elle. Lors de la dernière séance, Maria est très fière de nous montrer une table en bois qu'elle a réalisée elle-même. Celle-ci nous fait part de son envie d'en produire d'autres et de les vendre. Quelques jours plus tard elle nous enverra un mail nous informant qu'elle avait trouvé son premier client.

Ces différents changements dans la vie de Maria montrent une mise en action générale. En cela, l'objectif thérapeutique initial de favoriser l'envie d'agir semble atteint. Bien que le mérite de ce changement ne puisse être attribué uniquement aux séances d'art-thérapie. Nous restons convaincues que Maria, dans sa démarche de soin en art-thérapie était déjà investie d'une importante motivation. Celle-ci lui a permis de se saisir de toutes les opportunités se présentant à elle, les séances d'art-thérapie comprises. Se positionner en tant qu'acteur de sa vie nécessite des expériences diverses de mise en action, de réalisation, ce que l'art-thérapie peut permettre. Le concept d'empowerment est défini par la sociologue Marie-Hélène Bacqué comme le fait d'« *Articuler deux dimensions : celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot et celle du processus d'apprentissage pour y accéder* ». En tant que travailleur social, cette notion guidait notre posture dans la proposition d'outils et d'informations favorisant l'autonomie : Par le renforcement positif ou encore l'application l'effet pygmalion*. Le passage à l'action à travers l'art, par la voie symbolique, permet une mise en mouvement spécifique, crée un désir, un élan. Le cas de Maria nous semble bien illustrer cette notion d'empowerment.

2) Les Résultats de l'accompagnement de Dana

a) Résultats croisés

Les objectifs thérapeutiques initiaux fixés avec Dana se sont légèrement modifiés après la première séance. La valorisation du soi physique était, à l'origine, privilégiée. Mais l'observation des difficultés de Dana nous ont amenés à nous concentrer sur la conscience de soi globale : physique et émotionnelle. Les items utilisés pour évaluer les capacités de Dana ont été modifiés et enrichis en fonction des fragilités repérées. Des items particuliers ont été ajoutés pour prendre en compte sa douleur exprimée et observée au fil des séances. Des précisions concernant ses compétences émotionnelles ont permis d'observer des progrès en particulier pour l'écoute de soi en rapport avec les exercices d'identification de ses émotions. La grille d'évaluation de Dana a mis en évidence une difficulté accrue à se mobiliser durant les séances où la douleur était importante.



Dans le graphique ci-dessus, les items ont été regroupés sous trois catégories définies précédemment. Concernant la douleur, celle-ci rassemble les deux items expression verbale et non verbale de la douleur (cf ANNEXE 5 p76). Pour chaque mesure, une moyenne a été établie en fonction des résultats cotés dans la grille d'évaluation. Ce graphique permet de mettre en évidence un rapport assez net entre la douleur et les autres items observés durant les séances. Il apparaît que plus la douleur est forte moins la cotation des différents items est élevée. S'il nous

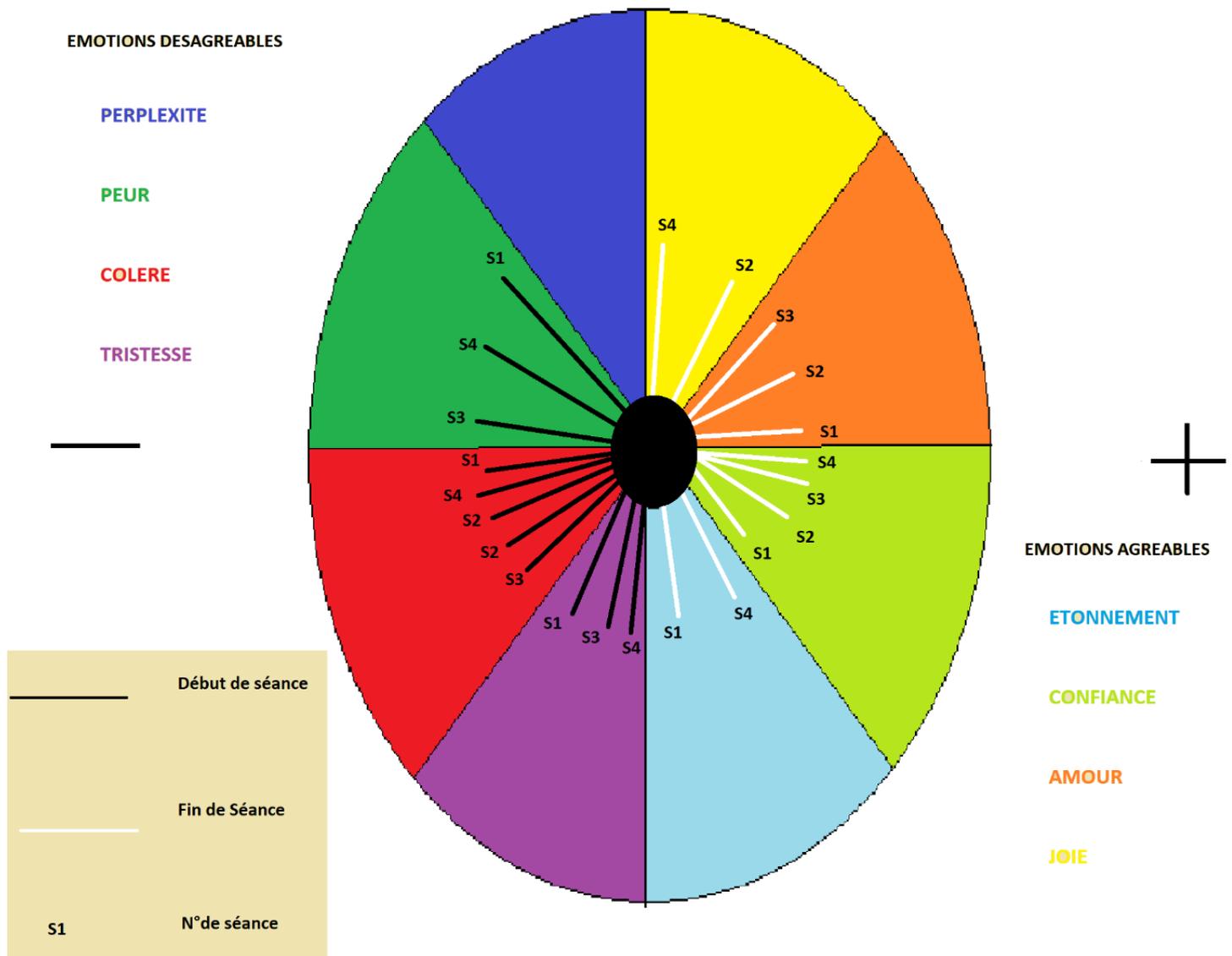
semble logique que la douleur affecte les capacités physiques, nous constatons que l'impact est aussi psychique, entraînant une baisse des capacités relationnelle et émotionnelle.

Une analyse croisée avec l'évaluation des émotions exprimées en début et fin de séance nous semble pertinente.

Grille de recueil des émotions de Dana

	S1	S2	S3	S4
Début	Contrariété, souffrance, souci, doute	Nervosité, agacement	Souci, contrariété, blessure	Lassitude, peine, crainte
Fin	Soulagement, curiosité, sympathie	Envie, enthousiasme, soulagement	Soulagement, gratitude, curiosité	Fierté, détente, gratitude

Graphique d'évaluation de l'impact des séances d'Art-thérapie sur l'humeur de Dana



Ce graphique nous donne une vision globale de l'impact immédiat des séances sur l'humeur de Dana. Au premier regard, le contraste est très clair : Les émotions exprimées par Dana sont désagréables en début de séance et agréables à la fin. Nous constatons ce résultat pour les 4 séances. Si l'effet de l'art-thérapie sur son humeur est clairement positif, le plus marquant sur ce graphique est l'absence total d'émotion agréable en début de séance. Si cela ne nous surprend pas compte tenu de la perméabilité émotionnelle de Dana face aux évènements de la vie, le percevoir de façon si évidente en renforce l'importance en termes d'évaluation. Nous pouvons supposer, dans une poursuite hypothétique de l'accompagnement, que l'expression d'émotions positives en début de séance pourrait être un indicateur d'amélioration. Lorsqu'on observe le graphique p44, la douleur est la plus présente sur les séances 1 et 3. Sur ces mêmes séances, nous pouvons observer dans le tableau que l'émotion exprimée en premier en fin de séance était le soulagement. Ce constat permet de nous donner une indication sur l'effet immédiat de l'art-thérapie sur la douleur. La dernière séance correspond à la fin de la composition de la chanson, source de fierté pour Dana comme nous le montre le tableau, mais aussi source de motivation à en croire le 1^{er} graphique et les cotations de ses capacités physiques, émotionnelles et relationnelles qui sont au plus haut.

Par ailleurs, l'échelle de Rosenberg a permis d'établir le niveau de l'estime de soi de Dana à 15 au début de l'accompagnement. Cela correspond à une estime de soi très basse. A la fin de la dernière séance, son indicateur était de 17, soit 2 points de plus. Nous observons que Dana a attribué un meilleur score pour la question 6 (cf ANNEXE 6 p77) relative à l'attitude positive envers soi-même, ainsi que la question 7 sur la satisfaction de soi. Ces deux axes sont particulièrement cohérents avec les objectifs thérapeutiques travaillés avec Dana : La conscience de soi et la valorisation. Malgré tout, il ne nous est encore pas permis d'affirmer que cette amélioration n'est dû qu'aux séances d'Art-thérapie tant les évènements de la vie ont leur rôle à jouer.

b) Bilan d'intervention : Apaiser la douleur permet de recréer un lien avec soi pour améliorer l'estime de soi

La difficulté de Dana à prendre en compte et à identifier ses émotions s'est présenté comme un axe de travail important. Nous avons constaté au fil des séances que le lien avec son monde intérieur était endommagé. Il semble que celle-ci ait opéré une sorte de coupure avec

elle-même et de ses sensations pour se préserver de la douleur. Ce mécanisme, à la longue, devient automatique et entraîne une fracture avec les sensations ou les émotions. Cette conséquence entraîne une baisse importante de la conscience de soi. Si la douleur en elle-même n'est pas forcément source de baisse d'estime de soi, il apparaît que la conscience de soi joue un rôle pour la renforcer si celle-ci est fragilisée par d'autres facteurs. Parmi les 9 clés définies par C. André pour améliorer l'estime de soi, une s'appuie sur la connaissance de soi. Elle implique d'être à l'écoute de ses émotions et de ses sensations. Lorsque ces perceptions sont limitées, il devient difficile d'y recourir. Mais si la douleur parvient à être diminuée, cette conscience de soi semble pouvoir se développer et permettre une revalorisation de l'estime de soi dans une démarche de prise en compte globale de la personne. Par ailleurs, les exercices en lien avec les émotions (cartes, nuancier) ont été très bien investis par Dana malgré la difficulté que cela représentait pour elle au début. L'expérience de sensations agréables sur les plans physiques et émotionnels ont donné l'opportunité à Dana d'ouvrir une porte sur son monde intérieur. Lors de la troisième séance, Dana nous a partagé son envie de participer à une soirée karaoké pour laquelle elle était invitée. Ce genre d'évènement, si elle en raffolait par le passé, n'était plus envisageable d'après elle depuis sa séparation. Ce regain d'envie est un signe très positif. Même si nous n'avons aucune certitude qu'elle soit passée à l'action, il s'agit d'un élan prometteur pour améliorer sa qualité de vie. Dans cette même dynamique de prise en compte de son bien-être, Dana a pu mentionner la reprise de séance de kinésithérapie qu'elle avait stoppé par lassitude. Cet élément vient confirmer ce que l'échelle de Rosenberg nous indiquait : Dana a désormais une attitude plus positive envers elle-même. Ce renforcement de la prise en compte de ses besoins est à mettre en lien avec la conscience de soi de Dana. Un accompagnement sur 4 séances nous semble trop peu important pour permettre une réelle atteinte des objectifs. En cela, nous pensons qu'une poursuite d'accompagnement aurait été favorable à Dana. D'après ces résultats, il nous serait possible de projeter de nouveaux objectifs. Un objectif artistique évident serait de poursuivre le travail musical autour de sa chanson qui permettrait à Dana de renforcer son lien avec le chant, source de joie par le passé. Ensuite il s'agirait de consolider la conscience de soi de Dana en produisant, comme il l'avait été mentionné, son propre nuancier à émotions. L'objectif thérapeutique visant à la gratification sensorielle reste indispensable compte tenu de l'importance de la douleur dans le quotidien de Dana. Permettre un répit, même de courte durée, favorise grandement l'amélioration de la

qualité de vie. Comme nous l'avons vu, il s'agit également de permettre le travail sur la conscience de soi, rendu plus difficile dans un contexte douloureux.

Si les résultats de cette expérience permettent de valider notre hypothèse de recherche, nous nous permettons d'émettre quelques réserves compte tenu du nombre de séances étudiées. Il nous semble également nécessaire de préciser et de compléter cette hypothèse en mettant en perspective notre étude, au regard de ses limites, de nos réflexions et d'une autre étude sur le même sujet.

DISCUSSION/ D/ L'intervention en Art-thérapie auprès des personnes en situation de précarité : s'adapter à un contexte spatio-temporel spécifique et une identité psycho-sociale pour restaurer le « soi ».

1) Les limites de l'études : le cadre spatio-temporel de l'intervention en art-thérapie

a) Les interventions à domicile

L'intervention à domicile, en tant que travailleur social est un outil fondamental pour nous dans la compréhension de l'autre. Nous le voyons comme une opportunité d'établir une relation plus authentique. Dans le contexte d'intervention en art-thérapie cela reste vrai. Cependant, le type d'échange y est radicalement différent. Au-delà de la communication d'information, verbale, émotionnelle, factuelle, il s'agit de vivre une expérience et de la partager avec l'autre. En cela, le choix du cadre d'intervention est fondamental.

Il nous est impossible d'aborder cette question sans faire le lien avec notre mémoire sur le « chez-soi » réalisé lors de notre DEASS*. En effet, la dimension identitaire du logement peut être une ressource précieuse pour l'art-thérapeute. La façon dont la personne investit son lieu de vie : les choix opérés, les représentations de soi, de ses proches, exposées ou non, les goûts esthétiques, culturels, ostentatoires ou suggérés, ... Tant d'éléments que l'art-thérapeute peut intégrer à ses observations mais aussi utiliser comme support d'échange préalable à la séance d'art thérapie. Le chez-soi renvoie à une dimension intime, une projection de soi. Il est le lieu le plus propice au retour à soi, au repos et à la transformation de soi.²⁸ Il ne suffit pas

²⁸ P. SERFATY-GARZON, *Le chez-soi, territoires de l'intimité*, Armand Colin, Paris, 2003

qu'une personne soit placée dans un logement pour qu'elle y habite. Il s'agit d'un échange, d'une expression de soi, une occasion d'étendre son monde intérieur vers l'extérieur. Pour le philosophe allemand Martin Heidegger, habiter signifie : « *être présent au monde et à autrui* ». Pour toutes ces raisons, les visites à domicile peuvent être véritablement un atout. Ce fût le cas pour notre intervention chez Maria par exemple. Cependant, comme nous l'évoquions plus tôt, la séance d'art-thérapie est avant tout une expérience partagée, inscrite dans une dimension spatio-temporelle. Pour que puisse se vivre pleinement cette expérience, la personne doit être en capacité de faire abstraction du quotidien pour se plonger autant que possible dans l'action. Cela devient une épreuve lorsque le lieu est imprégné des difficultés de son habitant. Ainsi, les visites à domicile, si elles peuvent favoriser l'idée d'un refuge, une chrysalide, et permettre un cadre sécurisant pour la personne, cela peut également être totalement le contraire. Différents aspects peuvent parasiter l'intervention de l'art-thérapeute. Il y a la dimension factuelle, qui agit dans le présent. Cela concerne par exemple les nuisances sonores telles que nous avons pu les rencontrer avec Dana, la présence d'autres membres de la famille ou encore le manque d'espace. La dimension psychique semble pour nous la plus complexe à gérer. Si le logement est l'objet d'inquiétudes diverses liées à la précarité (problèmes d'isolation, dette de loyer, humidités, moisissures, dégâts des eaux...) il sera bien difficile de l'en dissocier. De la même façon, le logement est le théâtre de la vie familiale. S'y jouent les événements du groupe familial mais aussi du couple. Ces événements, selon le contexte peuvent être douloureux, voir sources d'angoisses. Nous pensons aux cas de violences intra-familiales qui inévitablement ont un impact sur le lieu de vie et la représentation que la personne s'en fait. Dans ce genre de situation, une intervention au domicile nous semble inopportune. Dans ce stage, il fût parfois difficile d'intervenir au domicile lorsque le contexte social et familial imprégnait littéralement les murs. Les lourdeurs du lieu ne favorisent pas la création d'un cadre thérapeutique satisfaisant.

En tant qu'art-thérapeute, si aucune possibilité d'intervention extérieure n'existe, comment nous est-il possible de composer avec cette réalité ? Comment s'adapter à un lieu où la personne, censée être souveraine, ne parvient plus à se sentir soi ? De cette problématique nous est venu plusieurs possibilités. La première serait d'accompagner la personne dans la construction d'un espace propre à soi, une partie de l'habitat à transformer en sanctuaire, lieu privilégié, identifié comme tel au sein de la famille. Il s'agirait de mobiliser le phénomène d'appropriation qui consiste à rendre ce qui est « hors soi » propre et y reconnaître le soi²⁹. Il

²⁹ P. SERFATY-GARZON, *Le chez-soi, territoires de l'intimité*, Armand Colin, Paris, 2003

y a quelques années nous avons assisté au bilan d'un projet d'auto-rénovation de l'habitat auprès de bénéficiaires du RSA*. Des professionnels de l'habitat accompagnaient des personnes dans la rénovation d'un espace de leur logement. Parmi les effets obtenus : une amélioration notable de l'estime de soi. Parce que le lieu de vie est intimement lié à la dimension identitaire, un projet artistique tourné vers un espace du chez-soi semble tout à fait indiqué en art-thérapie. Ainsi « *L'importance accordée au chez-soi semble renvoyer à une confrontation de l'image de soi que chaque individu se forge et qui s'étaye sur des organisations spécifiques du lieu de vie. Aménager permet de s'aménager, dans le sens de se construire, mais aussi de se ménager et de se transformer* »³⁰. Pour valoriser l'estime de soi et favoriser le changement positif des conditions de vie de personnes en situation précaire, un tel projet semble tout indiqué.

L'appropriation d'un espace spécifique n'est pas toujours possible en termes de promiscuité ou de logistique. Ce qui nous conduit à une deuxième possibilité allant dans le sens de notre projet futur d'intervention en art-thérapie : Proposer des séances dans un camion aménagé spécifiquement pour l'art-thérapie. Cette possibilité règle le problème du lieu et permet une accessibilité aux personnes sans moyen de déplacements ainsi que dans les campagnes désertées par les art-thérapeutes et autres professionnels soignants. Ce projet a ses limites et doit encore être étudié avec attention, mais dans ce cas précis, il pourrait constituer une réponse intéressante.

L'intervention à domicile nécessite également d'anticiper l'activité qui sera réalisée et donc le transport du matériel adapté. Pendant le stage, nous avons constaté à plusieurs reprises que cet aspect pouvait être une limite à la part d'improvisation inhérente à notre métier. Ce fût le cas avec Dana, lorsque le nuancier à émotions a entraîné un enthousiasme inattendu et que nous n'avions pas le matériel nécessaire à sa réalisation dans de bonnes conditions. Nous avons alors ressenti de la frustration. Avec du recul, il nous semble qu'il s'agit plus d'une histoire de confort et de point de vue, que d'un véritable frein à l'adaptabilité. L'adaptation, par définition, est le processus qui permet d'être opérationnelle quelques soient les conditions. Or, même si nous n'avions pas le matériel pour réaliser cette idée, ça ne nous a pas empêché de réaliser autre chose et de poursuivre la séance. Après cet épisode, nous avons cherché à anticiper l'improvisation, paradoxe vain et contreproductif. La limite de ce comportement nous est apparue rapidement : Le risque est grand de se focaliser sur le matériel, vouloir être super

³⁰ S.VASSART, *Habiter*, revue-pensée plurielles, 2006/2 n°12, p9-19

équipée pour être super adaptable. Sauf qu'à vouloir trop bien faire, on en oublie l'essentiel : l'autre et ce qui se partage avec lui, dans l'ici et le maintenant.

b) Le rapport au temps fragilisé des personnes en situation de précarité

Les notions de temps et d'espace sont fondamentales dans toute expérience. L'espace, nous l'avons abordé succinctement avec la question des visites à domicile. La dimension temporelle est particulièrement délicate lorsqu'il s'agit de personnes en situation de précarité. D'expérience nous savons que le rapport au temps est fragilisé par des conditions de vie incertaines, le manque de repères, de ressources, l'exclusion sociale. Le rapport au temps s'étiole en même temps que la capacité à se projeter dans l'avenir. Dans ce contexte, répondre aux exigences d'assiduité de tout accompagnement, quel qu'il soit peut s'avérer complexe. Les erreurs d'emploi du temps deviennent alors courantes. A cette difficulté de repères temporels viennent s'ajouter les imprévus du quotidien précaire : Pannes d'équipement de première nécessité, maladie, rendez-vous administratif. Dans les faits aussi, le soin de soi passe après.

Durant ce stage, ces situations ont été bien plus fréquentes que nous ne l'aurions supposé. La période des fêtes de fin d'année étant source d'angoisses pour une part non négligeable de la population précaire, certaines personnes ont pu clairement exprimer leur incapacité psychologique à s'engager dans une telle démarche. Ainsi, sur les 7 accompagnements individuels débutés, trois n'ont pas pu se poursuivre. C'est au travers de ces différents éléments qu'apparaît la complexité d'intervenir auprès d'un public précaire. Si les séances d'art-thérapie peuvent aider à se centrer dans le présent et travailler sur la temporalité, encore faut-il que celle-ci ne soit pas un frein à l'accompagnement. Il nous semble alors nécessaire de voir les choses dans leur ensemble pour comprendre les autres enjeux du désengagement.

Au-delà du rapport au temps et des éléments factuels observés en stage, intervient une dimension psychosociale que nous ne prendrons pas le temps de développer ici. La théorie de l'engagement développée par Charles Kiesler, professeur en psychologie sociale, nous rappelle qu'un individu se sent engagé dans une démarche en y posant des actes. Plus son action y est régulière, plus sa motivation à poursuivre sera grande. Nous supposons qu'en impliquant d'avantage la personne dans l'action, celle-ci aura moins tendance à abandonner. Il nous semble que le contexte du stage ne favorisait peut-être pas cette implication par l'action. Si les restos

du cœur proposent une variété non négligeable de dispositifs d'aide, le contexte d'intervention reste associé à un imaginaire collectif fort : un lieu chaleureux, sympathique et une aide alimentaire parfois indispensable au bon fonctionnement du foyer. Si l'association se veut participative, en proposant le double statut de bénéficiaire/bénévole, il est difficile pour beaucoup de se saisir des opportunités proposées, y compris les séances d'art-thérapie. L'une des raisons identifiables est le manque d'implication sociale d'une partie des bénéficiaires, la difficulté à aller vers l'autre, à entrer en relation. Si cette difficulté est liée au sentiment d'exclusion, la réalité est aussi qu'une grande partie d'entre eux ne parle pas français. La détresse sociale n'en est alors que plus forte. Face aux difficultés multiples, à l'incertitude, l'individu va à l'essentiel. Pour beaucoup, une vision schématique facilite la gestion du quotidien. Les restos du cœur sont associés à l'idée de nourriture. Point. S'ils bénéficient d'un accompagnement spécifique, il s'agit de services dédiés et de professionnels identifiés. Face à cela l'art-thérapeute peut essayer d'« accrocher » les personnes, en proposant une vision attractive, en passant par le biais du plaisir créé par l'art.

Au cours du stage nous est venue l'idée de nous présenter au centre de distribution avec notre guitare et de chanter dans les couloirs pour être repérable et susciter la curiosité. C'est ce que nous avons pu faire à l'accueil de jour, le lieu d'intervention étant plus propice. Cette idée ne nous a pas semblé favorable compte tenu du contexte global : bruyant, proximité obligée par un lieu exigu, des tensions parfois palpables entre certains bénéficiaires. Dans l'hypothèse où cette approche peut être opérée, l'art-thérapeute peut créer des occasions d'engagement avant d'entamer un réel accompagnement. Il peut s'agir d'improviser la création de petits groupes et de chanter ensemble par exemple. Cette démarche n'aurait que pour objet de créer un lien avec la personne en répétant ces occasions sur le lieu de rencontre. Nous nous permettons d'appliquer ici la théorie de l'engagement dans la mesure où les raisons d'abandonner sont liées aux influences du contexte globale de l'individu et non uniquement à sa volonté. Dans notre démarche de rendre acteurs et autonomes les personnes en situation précaire, le respect de leur volonté et de leur libre arbitre doit bien évidemment être une préoccupation première. Ce que l'art-thérapeute pense favorable pour la personne nous semble devoir être pris en compte à la seule fin d'échanger sur les possibles et non comme unique guide. Pour permettre une restauration du soi, il nous semble nécessaire de positionner la personne en tant que principale actrice et décideuse de son soin. Malgré les efforts possibles de l'art-thérapeute pour mobiliser

la personne, il nous semble indispensable que celle-ci dispose déjà en elle d'une motivation suffisante.

Notre choix de lieu de stage, s'il correspondait à nos attentes en termes de public, a été d'avantage motivé par un sentiment d'urgence. Les structures d'accompagnement des publics précaires ne manquent pas. Mais le constat opéré suite à nos tentatives de contacts est clair : le temps manque, les moyens aussi, et les professionnels sont épuisés. L'intégration de l'art-thérapie aux structures du médico-social nous semble légitime en ces temps où les modes d'intervention classiques ne suffisent plus. En cela, il nous semble indispensable d'aborder la question du partenariat et du rôle de l'art-thérapeute en sein d'une équipe pluridisciplinaire.

c) Accompagner un public précaire dans les conditions d'exercice du libéral lorsqu'on est débutant.

Nos conditions de stage n'ont pas permis d'expérimenter les spécificités du travail en équipe en tant qu'art-thérapeute. Cependant, notre expérience dans le travail social nous permet de les envisager, en particulier en ce qui concerne la communication. Si la notion du secret professionnel est pour nous fondamentale pour établir l'alliance thérapeutique, sa limite dans le cadre des communications d'équipe est déontologique. Dans un esprit d'authenticité, il nous semble primordial d'informer la personne sur ces temps d'échanges et leurs modalités. Toute information que nous jugerions utile de partager, pour la bonne continuité de son accompagnement devra être validée par la personne en amont. Cette volonté va de pair avec celle de positionner la personne comme actrice, libre de décision, avec un libre arbitre. Comme nous l'avons vu précédemment, positionner le bénéficiaire en tant qu'acteur favorise son engagement dans l'action ce qui peut aider à l'amélioration de l'estime de soi. La seule exception à cette règle, de notre point de vue, est lorsque l'intégrité morale et/ou physique de la personne est menacée. L'une des limites de ce stage a été pour nous de n'avoir aucun professionnel médico-social avec qui échanger sur nos accompagnements. Si cet aspect nous a quelques peu intimidé au début, cela nous a permis par la suite de faire preuve d'une grande autonomie et de mobiliser nos propres ressources. Nos incertitudes en tant que débutant nous ont poussée à nous appuyer sur nos forces et à renforcer notre idée que la remise en question et le doute peuvent être des atouts. Ayant participé par le passé à des séances d'art-thérapie vocale à titre personnel, nous avons pu nous en inspirer par différents aspects. Avec du recul nous nous sommes questionnés sur les possibilités de prise de contact avec d'éventuels partenaires. Si

nous nous concentrons sur les études de cas présentées plus tôt il apparaît que cela ne nous semblait pas toujours judicieux.

Dans le cas de Dana, son médecin traitant était le seul professionnel du soin impliqué. Dana lors de notre rencontre avait une représentation peu favorable du corps médical en raison des spécificités de la fibromyalgie et du manque de reconnaissance subit. Celle-ci nous a expliqué se rendre chez son médecin uniquement pour renouveler son traitement. Au fil des séances la question de sa réinsertion dans un parcours de soin a pu être abordée. Dana s'est finalement montrée favorable à une reprise de soin auprès d'un kinésithérapeute. Dans un premier temps il ne nous semblait pas judicieux d'associer l'art-thérapie à ses représentations du milieu médical. Ce choix de ne pas contacter le médecin traitant a été fait dans une volonté de ne pas fragiliser l'alliance thérapeutique dès le départ. Par expérience nous savons que pour établir une relation de confiance, il est nécessaire de laisser du temps à l'autre avant de le confronter à des sujets épineux. Si l'accompagnement s'était poursuivi, nous aurions pris contact avec le kinésithérapeute afin d'échanger sur les possibilités d'harmonisation de nos interventions mais aussi de soins complémentaires adaptés à ses difficultés. L'expertise de ce partenaire aurait également pu nous apporter un autre regard sur les pénalités et les capacités physique de Dana.

Si Maria rencontrait quelques fragilités des suites de sa dépression, sa situation sanitaire était bien plus favorable que celle de Dana et il ne nous a pas semblé opportun de prendre contact avec son Psychologue, qu'elle n'avait pas vu depuis plusieurs mois. Cependant, avec le recul, il nous semble qu'un échange aurait peut-être permis d'optimiser d'avantage l'intervention art-thérapeutique pour en quelque sorte consolider sa guérison.

En tant que débutante en art-thérapie, être seule comporte l'inconvénient de l'insécurité. Si quoi que ce soit nous met en difficulté, il nous appartient de trouver le moyen d'y faire face ou de s'adresser à un professionnel compétent. Dans ce cas précis, les professionnels de soin intervenant ou étant intervenu auprès de la personne peuvent en toute légitimité être sollicité. Le lien établi entre les partenaires, avec l'accord de la personne, permet une prise de recul et une vision plus globale de sa situation. Lorsque cela n'est pas possible, il nous revient alors de puiser dans nos propres ressources. Cette question met en évidence l'importance d'entretenir un réseau professionnel autour de l'art-thérapie en particulier, et du soin en général. Exercer le métier d'art-thérapeute en libéral expose à ce même type de questionnements. Il nous apparaît pertinent dans ce cas précis, d'envisager une supervision auprès d'un psychologue. Cette

démarche a pour double bénéfice d'apporter une plus-value à notre expertise professionnelle mais également de maintenir un recul sur notre propre équilibre. Face à des situations difficiles, il peut arriver au professionnel d'être fragilisé dans son expertise, sa posture ou dans son individualité. Cette dernière est absolument indispensable à une alliance thérapeutique saine, c'est pourquoi il est primordial pour le professionnel de garantir son intégrité.

Malgré les limites de ce stage, notre expérience reste riche d'apprentissage et de réflexions. Les accompagnements de Dana et Maria, au prisme de ce travail de mémoire nous ont grandement apporté. Leurs spécificités ont révélé à nos yeux des aspects très représentatifs de notre posture professionnelle : la joie dans la relation et la compréhension de l'autre.

2) L'art-thérapie comme restaurateur de lien avec soi, les autres et l'existence

a) L'alliance thérapeutique : le rôle de l'enthousiasme, de l'optimisme, de l'humour

Lorsque le contexte d'un évènement est posé, son cadre spatio-temporel et leurs spécificités pris en compte, interviennent les acteurs. Cette expérience en art-thérapie nous a permis de confronter notre vision de la posture congruente avec la réalité d'une dynamique thérapeutique. Notre métier d'assistante de service social, tout du moins la représentation de ce métier renvoyée par de nombreux bénéficiaires, nous a souvent semblé en décalage avec la posture que nous avons adoptée au fil du temps. L'authenticité guidée par la bienveillance, l'équilibre entre soi et l'autre décrit par C. Rogers, se sont affirmés dans notre positionnement au fil des années. Parce que ces facilitateurs de la relation au-delà de leur rôle, nous semble en adéquation avec ce que nous sommes. En tant qu'art-thérapeute, elle ne nous semble pas uniquement adéquate mais nécessaire. Ces premières expériences d'accompagnement en art-thérapie, en individuel comme en collectif, nous ont fait prendre conscience de l'importance de la relation, de l'échange, du partage. Ce que nous sommes a toute son importance dans ce qui se joue en séance. Il s'agit de faire preuve d'une empathie en équilibre entre notre intégrité individuelle et la compréhension et l'acceptation de l'autre. Par l'alliance thérapeutique instaurée, le lâcher-prise est facilité, l'évènement artistique peut avoir lieu. Dans cette dynamique, un facteur m'a semblé bien plus efficient qu'un autre : l'enthousiasme, le rire, l'humour. A travers notre étude nous avons exposé le rôle qu'avait joué l'évaluation des émotions ressenties par les personnes que nous avons accompagnées. Au-delà de ce prisme de

l'évaluation, c'est l'émotion partagée qui nous a interpellée. Qu'il s'agisse de moments de complicité dans la découverte d'une technique, de rires partagés face à une situation cocasse ou de l'émerveillement de la découverte, le sentiment de joie nous a semblé un élément moteur du partage. Dans la mesure où la fragilité ou le déficit d'estime de soi impliquent souvent un manque de motivation, la joie peut devenir un déclencheur. Nicolas Guéguen, chercheur en sciences du comportement, explique que le rire est la première activité de partage entre les êtres humains, il favorise le lien social avant même l'apparition du langage. Le rire aurait aussi un rôle à jouer dans la diminution du stress et de la douleur³¹. Susciter cette émotion au-delà du plaisir ressenti, a donc une utilité pour forger l'alliance thérapeutique et diminuer le stress engendré par la précarité.

Confrontées à un quotidien parfois difficile émotionnellement, les personnes en situation de précarité ont peu l'occasion de mettre en perspective les événements négatifs qui se répètent et engendrent un pessimisme latent. Si ce dernier s'associe à une estime de soi dégradée, les sources d'optimisme semblent bien rares et entretiennent une vision négative de l'avenir et de soi. Nous avons expérimenté à plusieurs reprises que la séance d'art-thérapie était un lieu propice à l'ouverture vers un nouveau paradigme. Nous pouvons prendre l'exemple de Maria qui se dévaluait car elle n'était pas satisfaite de sa prononciation du français. Après plusieurs écoutes de sa chanson, elle a pu percevoir l'esthétisme de son accent. Ce qu'elle voyait comme un défaut est devenu une force. De la même façon, notre difficulté à communiquer au début des séances nous a conduit à utiliser des modes de communications alternatifs (dessins, mimes) parfois propices au rire ce qui n'a fait que renforcer l'alliance thérapeutique. Ce que nous percevions comme un frein en début d'accompagnement s'est révélé un atout atypique pour l'entrée en relation. Cette propension à l'optimisme nous semble nécessaire pour accompagner les personnes en situation de précarité. Il nous a semblé essentiel durant le stage de permettre la proposition d'un autre regard, une ouverture du champ des possibles à travers l'art.

Lors de nos interventions collectives, nous avons éprouvé cet aspect à travers l'humour, avec les bénéficiaires de l'Accueil de jour. Ce public en évoluant dans la précarité sous sa forme la plus extrême est confronté à une perte de lien globale. Leurs relations sociales se muent de la méfiance à l'indifférence en fonction des circonstances. L'expérience du groupe à travers l'art-thérapie a été au fil des semaines, un révélateur de ce que ces hommes ne s'autorisent plus

³¹ Guéguen, « Le rire thérapeutique ». L'essentiel Cerveau et psycho N°14 Mai 2013

à exprimer ou à ressentir : le droit à l'espoir, au partage et à la joie d'être ensemble pour créer. Dans ce cadre spécifique, l'humour avait une place bien à elle. Les consignes proposées leurs semblaient parfois saugrenues. L'étonnement exprimé sans aucune retenue et parfois avec une certaine provocation, était une façon de confronter leur identité, à cette autre réalité. L'humour, en particulier par l'autodérision s'est faite lien entre ces deux univers. La vision de soi est rendue alors compatible avec cette réalité étrangère, inhabituelle. Cette expérience a aussi été l'occasion d'observer l'impact social du groupe. A travers la réalisation d'une œuvre artistique commune, de nouveaux liens se sont créés et à travers eux, une nouvelle vision possible de soi.

b) L'art-thérapie pour recréer du lien avec soi

« *La douleur est invisible mais elle détruit, isole, fragilise* ». Cette phrase tirée du livre blanc de la douleur édité en 2017, nous donne un aperçu de l'impact immense de la douleur dans le quotidien de ceux qui la subissent. Nous parlons ici de douleurs chroniques, qui se présentent de façon régulière, habituelle. Le cas de Dana nous a amené à nous questionner sur le mécanisme à l'œuvre lorsque nous parlons de « fracture avec soi-même ». Cette impression reposant uniquement sur des ressentis et des observations, il nous a semblé nécessaire de développer nos recherches. Au-delà de l'aspect physique de la douleur, elle est aussi psychique, il convient ici de la qualifier de souffrance, terme plus large. Une définition proposée par l'OMS* nous semble tout à fait éclairante : « *La souffrance qualifie un être qui supporte, endure, ou subit une douleur physique et morale, un état de mal-être, c'est-à-dire un sentiment de non-adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence douloureuse.* ». Si cette définition peut sembler étrange d'un premier abord, elle nous donne de premiers indices sur ce que la souffrance implique dans le rapport à soi et au monde. Les sentiments « d'étrangeté », de « non-adaptation » « d'indifférence douloureuse » renvoient à une idée de dissociation avec le monde extérieur. On observe alors un refus de l'émotion au sens large, une rupture avec le monde extérieur. L'effet miroir provoqué par l'empathie n'est plus efficient, son intériorité n'est plus régie que par la douleur. La douleur devient identitaire. « *L'univers interne du sujet, qui refuse d'être alimenté par l'extérieur, s'asphyxie. Cette autarcie émotionnelle absolue produit, dans le système, un déphasage d'avec l'environnement, mais, aussi, d'avec soi-même*³². » Le mécanisme décrit ici n'est donc pas une rupture pour se protéger de la douleur, comme nous le supposions. C'est une conséquence de l'omnipotence de celle-ci

³² Nusbaum, Ribes, et Gaucher, « La douleur chronique ».

sur tout autre mobilisation cognitive, comportementale ou émotionnelle. La tendance à l'alexithymie* observée dans le cas de Dana est un symptôme de cette rupture de lien entre soi et le monde. Retisser des liens avec soi-même et ses perceptions émotionnelles et sensibles c'est aussi recréer un pont entre soi et les autres, entre soi et le monde, entre soi et la vie. Parce qu'elle permet à la fois la gratification sensorielle et l'apaisement de la douleur, l'art-thérapie nous semble une approche intéressante pour ce type de problématique.

Si le travail sur les émotions de Dana a permis d'ouvrir une porte vers son monde intérieur, des séances collectives auraient sans doute permis de compléter cette démarche globale de restauration du lien. Le travail en groupe permet de mobiliser des mécanismes favorables à une reconstruction identitaire, tout en favorisant l'expérience du rapport à l'autre. Le sentiment d'appartenance au groupe est un moyen de lutter contre le sentiment d'exclusion perçu par les personnes en situation de précarité. Le sociologue Claude Dubar explique : « *La socialisation est un processus d'identification et de construction d'identité, à travers le sentiment d'appartenance et la relation* »³³. A travers l'expérience groupale en art-thérapie, la personne en situation précaire peut mobiliser ce processus, favorable à une reconstruction de soi.

c) L'identité sociale d'une femme en situation de précarité :
l'image de soi

Pour mettre en perspective notre étude au regard d'un autre travail en lien avec la précarité et l'estime de soi, nous avons choisi de nous appuyer sur le mémoire de T. Trilles³⁴. Celui-ci est intervenu au sein des appartements thérapeutique Cordia et décrit son intervention auprès de deux hommes en situation précaire atteints de maladies chroniques. Il utilise l'art-plastique et la danse avec pour objectifs la restauration identitaire, développer la confiance en soi et le sentiment de compétence, lutter contre l'anxiété. L'approche présentée dans ce mémoire met en jeu les différentes facettes de l'identité. Une place particulière est accordée au corps et à sa mise en mouvement pour revaloriser l'image de soi. L'estime de soi, nous l'avons vu, repose sur la valeur que l'individu s'attribue à lui-même, en fonction de l'amour de soi, la connaissance rationnelle de soi, et la vision renvoyée par autrui et l'environnement socio-

³³ C.DUBAR, *La socialisation*, Ed Armand colin, Paris 2010 p32

³⁴ Trilles T. *Intervention en danse et en graffiti dans des appartements de coordination thérapeutique avec une perspective de valorisation et de reconstruction identitaire*, Mémoire DU Art-thérapie 2016

culturel. L'estime de soi est donc nécessairement liée à la construction de l'identité. La différence est que cette dernière ne s'encombre pas du calcul d'une valeur fonction de normes personnelles plus ou moins réalistes que l'individu se construit. L'identité et ses multiples facettes sont nourries d'expériences. Elle est mouvante et malléable tout au long de la vie. Les nombreux renoncements à un accompagnement durant notre stage nous ont conduit à nous interroger sur l'identité sociale. La mise en évidence du rôle du corps effectuée par T. Trilles dans son mémoire, au regard de notre étude et de la récurrence de l'image du corps dégradée nous a conduit à faire des liens entre ces différents éléments.

Sur toutes les personnes rencontrées, accompagnées, très peu bénéficiaient d'une prise en charge médicale alors que leur situation de santé l'aurait largement justifié. Dans cette démarche de valorisation de l'estime de soi qui nous a guidé durant cette expérience, la prise en compte de la construction identitaire nous paraît fondamentale. S'il nous est impossible de percevoir et d'exposer l'ensemble des facteurs déterminant la construction d'un individu, certains aspects nous semblent ici importants. Le point commun de toutes ces personnes était d'être des femmes. Pourquoi la mobilisation dans le soin des femmes en situation de précarité est-elle si difficile ? Certains éléments de réponse se trouvent dans la construction de l'identité sociale. Car comme le dit la philosophe Simone De Beauvoir, « *On ne naît pas femme, on le devient* ». La construction sociale du soi s'opère en fonction de groupes d'appartenances, de l'entourage et de ses attentes, de la culture et de plus ou moins tout ce qui semble faire écho avec les connaissances de soi.³⁵ Si nous nous penchons sur le cas des femmes en situation de précarité, leur construction sociale s'est d'abord établie en fonction du groupe sociale des femmes avant celui de la précarité. Le contexte sociétal de ces dernières décennies, chargé de ses fondements judéo-chrétiens, ne manque pas d'intimer aux femmes leur rôle social le plus valorisé : être une mère et une épouse. Dans le même temps, l'image de la femme, de son corps, parfait et désirable, est omniprésente dans la culture populaire. L'identité sociale féminine se construit sur un ensemble d'injonctions paradoxales, sources d'anxiété et de complexe dès l'adolescence comme le mentionne C. André³⁶. L'image du corps, du soi physique subit dès cette période une dévaluation considérable, à l'origine de nombreux troubles dont une estime

³⁵ D. MARTINOT, *Le soi, les autres, la société*

³⁶ André, Christophe, et François Lelord. *L'Estime de soi*. Odile Jacob, 2011

de soi faible. Le corps et son image deviennent alors des enjeux sociaux. La construction de l'identité sociale des femmes semble donc impliquer, de façon récurrente, une dévalorisation de l'image de soi par l'inadéquation du corps réel avec le corps « idéal » et une dévaluation de soi au profit du rôle social « mère » et « épouse ».

Un rapport du Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes sur l'accès au soin des femmes en situation de précarité explique leur manque d'engagement dans le soin par cette construction sociale. En effet, une faible estime de soi combinée à l'injonction de perfection dans le rôle de mère et d'épouse limite les démarches de soin. Ce même rapport intègre la situation socio-économique d'origine comme facteur impactant. Être issue d'un milieu social précaire ne serait donc qu'une détermination sociale de plus vers le non-recours au soin.

A ce moment de la rédaction, nous sommes en tant que femme, nécessairement concernée par cette question, ce qui implique une subjectivité inévitable de notre part. Notre rôle en tant qu'art-thérapeute est de proposer une pratique qui soit consciente de cette réalité, sans nécessairement tomber dans le déterminisme social. Cette vision ne fait qu'apporter un angle de vue à une réalité plus complexe. L'art-thérapeute peut alors adapter ses propositions pour permettre l'émergence de nouvelles connaissances de soi, déchargées autant que possible de toute norme socio-culturelle. Cela passe bien sûr par la vigilance à ne pas véhiculer malgré nous des stéréotypes de genre. D'après le neuropsychiatre Boris Cyrulnik « *Le paradoxe de la condition humaine, c'est qu'on ne peut devenir soi-même que sous l'influence des autres.* » Il s'agit alors surtout de proposer une expérience créative variée, tournée sur d'autres cultures, d'autres visions du monde. Développer l'ouverture à l'inconnu pour permettre aux goûts esthétiques de la personne d'évoluer. L'écoute musicale a cette richesse, par la multiplicité des courants musicaux, il est toujours possible de susciter l'étonnement et de créer la découverte. L'expérience avec Maria nous a montré qu'un changement de technique pouvait aussi impliquer une insécurité. Il s'agira alors de trouver un équilibre entre ce qui est rassurant, favorise le sentiment de compétence et l'inconnu, l'aventure qui suscite la curiosité et l'enthousiasme. C'est en cela que la capacité d'adaptation de l'art-thérapeute prend tout son sens.

Le mémoire de T.Trilles nous révèle des exemples de mises en jeu du corps favorables à une revalorisation de l'image de soi. Lors de nos différents accompagnements individuels auprès de femmes, toutes sans exception partageaient une vision négative de leur corps : « trop ceci » « pas assez cela ». Les injonctions de beauté sont intégrées comme une

préférence esthétique. La norme est internalisée comme vision propre du beau. En parallèle, le cas de Dana nous apporte une autre facette du corps, comme objet de douleur. Dans les deux cas, il est pertinent d'utiliser le mouvement corporel comme moyen d'expression dans une intention esthétique. « *Remettre les personnes positivement en lien avec leur corps, dont elles sont déconnectées, qui les font souffrir ou qu'elles malmènent, leur permet de se réapproprier dans leur globalité.* »³⁷. Si une tentative a été faite dans l'exercice avec la baguette proposé à Maria, nous percevons ici ce qu'une pratique corporelle plus poussée pourrait apporter à ces femmes en séance d'art-thérapie.

Si cette relation au corps est particulièrement déterminée par la société et son impact sur l'identité sociale des femmes, qu'en est-il des hommes ? Le déterminisme social n'est bien entendu pas un privilège féminin. Les injonctions à la virilité forment, elles aussi des complexes à l'impact insidieux sur l'estime de soi. Sous quelles formes ces complexes s'expriment-ils ? L'art-thérapie peut-elle être un soutien dans la reconstruction de l'identité malmenée par ces complexes ?

D'autres questionnements se sont présentés dans notre cheminement, tels que : A l'inverse de notre étude, quels seraient les impacts et éléments de compréhension d'une trop haute estime de soi ? peut-on en souffrir ? Quels seraient alors les mécanismes à mobiliser ?

Tant de questionnements qui ne pourront être abordés ici mais permettent une ouverture vers d'autres objets d'études et de réflexions.

³⁷ F.RAYNAL, *Redonner du souffle aux personnes exclues, pratiques corporelles*, Article ASH n°2758 du 04/05/2012

CONCLUSION

Il nous paraît clair, arrivée à la fin de ce mémoire, qu'un bon nombre de choses n'ont pu être abordées. Nous en retenons à la fois une forme de frustration et une curiosité à poursuivre nos réflexions. Il semble essentiel de rappeler que les idées et situations qui ont été énoncées ici ne doivent être considérées que pour elles-mêmes. Le propre de la démarche scientifique est de tirer d'une expérience, des apprentissages reproductibles. Ici, les contraintes temporelles nous ont restreinte à un nombre de séances limité. En ce sens, l'expérience et ses résultats nous invitent à les relativiser. Ils sont sources d'apprentissages et formateurs d'outils pour notre future pratique professionnelle. Cependant, chaque personne revêt son lot de spécificités que nous ne pouvons identifier et prendre en compte que dans l'échange, dans l'instant, aussi relatifs qu'ils soient. L'art-thérapeute se doit dans cet esprit de conserver son ouverture, au sens large. Une ouverture au monde, à l'autre, à l'expérience, à ce qui se produit. Cette posture implique pour nous quelques réflexions à mettre en application. Cela commence par notre connaissance des choses. Certes nous développons sans cesse nos apprentissages, mais ils ne font que révéler un peu plus à chaque fois notre ignorance. L'humilité a d'autres utilités que la vertu et s'inscrit au-delà des aspirations judéo-chrétiennes qui la forgent : Avoir conscience que nous ne savons rien est la première étape pour continuer à apprendre, se former et développer notre curiosité. Nous avons toujours eu la conviction que nos certitudes ne pouvaient être que des freins, des limites. Boris Cyrulnik le présente sous ces termes « *l'incertitude est créatrice, la certitude mortifère* ». Notre tendance à la remise en question et au doute, initialement perçue comme un défaut symptôme de notre manque de confiance, nous apparaît aujourd'hui comme un atout : Celui de s'adapter à l'autre. En tant que future art-thérapeute, cette capacité d'adaptation passe par la prise en compte de l'autre mais aussi par l'acceptation que nous ne pouvons pas tout savoir de lui. A l'image de la sérendipité³⁸ du chercheur, l'art-thérapeute guidée par la bienveillance, doit rester à l'écoute des hasards heureux provoqués par l'interaction avec la personne et s'en saisir. L'ouverture, nous est également nécessaire en tant qu'artiste pour enrichir notre créativité et notre expérience du processus artistique.

Le travail exigé par ce mémoire nous a permis de prendre de la distance par rapport à notre expérience et d'en mesurer certaines limites. L'intervention solitaire de l'art-thérapeute

³⁸ Le site <http://www.academie-francaise.fr/> indique que le nom *sérendipité* s'emploie dans le monde scientifique pour désigner une forme de disponibilité intellectuelle, qui permet de tirer de riches enseignements d'une trouvaille inopinée ou d'une erreur.

nous a particulièrement questionné. S'il s'agissait ici d'intervenir dans le cadre d'une association, la réalité s'apparentait d'avantage aux conditions d'intervention d'une pratique en libérale. Ce contexte en tant que débutant, nous a révélé les limites de notre intervention sans possibilités d'échanges avec d'autres professionnels. Un partage de réflexions permet de mettre en perspective notre intervention et d'avoir un autre regard sur la situation. Cela favorise la prise en compte globale de la personne et limite la possibilité d'un rapport de dépendance dans la relation. En tant que seul intervenant, il est en effet facile de tomber dans la dynamique du « sauveur », celui qui apporte les réponses à tous les problèmes. Ces réflexions nous ont souvent touchée en tant que travailleur social. Par notre posture, nous pensons qu'il est possible de se détacher de ce rapport de pouvoir, en créant une alliance thérapeutique d'égal à égal, valorisant les capacités de la personne et favorisant son pouvoir d'agir. Durant cette étude, nous avons employé le terme d'accompagnement, autant par habitude que parce qu'il nous semble proche de notre vision de ce que doit être notre positionnement. Nos réflexions sur l'amélioration de l'estime de soi dans un processus art-thérapeutique, nous conduisent à prendre en compte les éléments de contexte et l'importance de l'identité. Tout le processus créatif à l'œuvre en séance se construit avec la personne, avec ce qu'elle est et ce que nous sommes à l'instant T. L'identité évoluant tout au long de la vie, elle s'étoffe, s'affirme ou s'émancipe en fonction des expériences et des actions posées par l'individu. C'est en aidant l'autre à être lui-même, en le guidant dans la construction de ses outils, de ses propres chemins d'exploration de son monde intérieur, que l'art-thérapeute peut permettre une possible amélioration de l'estime de soi. L'objectif final de tout accompagnement à notre sens, est que l'accompagné n'ait plus besoin de nous et poursuive sa route en autonomie. La démarche de recherche a cela de particulier qu'elle nous oblige à faire des liens et à enclencher des réflexions sans fin. Ce processus est à l'image de ce que nous projetons pour l'avenir, une recherche perpétuelle de nouvelles compréhensions de l'autre, de découvertes, d'explorations des possibilités offertes par la créativité. Si notre expérience de la relation d'aide nous a assurément apporté des bases solides, il nous faudra en tant qu'art-thérapeute, garder une vigilance accrue sur notre posture.

Car si une leçon nous a été apprise ces derniers mois, tant sur le plan personnel que professionnel, c'est que rien n'est jamais acquis. Notre être en perpétuel changement ne fait que s'adapter, parfois malgré nous aux aléas de la vie. Il nous appartient en tant qu'art-thérapeute d'être attentif à nos propres transformations, afin de mieux guider celles des personnes accompagnées.

Pour conclure, l'ouverture permet la création du lien, à soi, aux autres, au monde. C'est à travers ces échanges que peut exister la transformation de soi. Comme le mécanisme décrit dans le processus artistique, la transformation naît de l'échange entre intérieur et extérieur. Tout réel changement ne peut donc s'opérer qu'en demeurant l'esprit ouvert.

BIBLIOGRAPHIE

Ressources Bibliographiques

- André, Christophe, et François Lelord. *L'Estime de soi*. Odile Jacob, 2011.
- Annales du Congrès internationale d'Art et Médecine*, les 16, 17 et 18 Novembre 2008 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers
- Armstrong, John, et Alain de Botton. *Art et thérapie*. Ed Phaidon. 2014
- D'Ansembourg T. Cessez d'être gentils, soyez vrai. Ed
- De Gaulejac, Vincent. *Les sources de la honte*. Desclée de Brouwer Paris, 2008.
- DUBAR C., La socialisation, Ed Armand colin, Paris 2010
- Elias N. *Les Logiques de l'Exclusion- Enquête Sociologique au cœur des problèmes d'un communauté*. PARIS FAYARD 1997
- Forestier, Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie: l'art-thérapie à dominante musicale*. Ed Favre, 2011
- Goffman, Erving, et Alain Kihm. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Le Sens commun. Paris: Éditions de Minuit, 1975.
- Klein, Jean-Pierre. *L'art-thérapie: « Que sais-je ? » n° 3137*. Que sais-je, 2019.
- Le livre blanc de la dépression*, Article 27. Fondation Pierre Deniker
- Martinot, Delphine *Le Soi, les autres et la société*, Ed PUG
- RAYNAL, F. *Redonner du souffle aux personnes exclues, pratiques corporelles*, Article ASH n°2758 du 04/05/2012
- ROGERS C., *Le développement de la personne*, édition Dunod
- SERFATY-GARZON, P *Le chez-soi, territoires de l'intimité*, Armand Colin, Paris, 2003
- Sudres, Jean-Luc. *Exclusions et art-thérapie*. Editions L'Harmattan, 2010.
- Trilles T. Intervention en danse et en graffiti dans des appartements de coordination thérapeutique avec une perspective de valorisation et de reconstruction identitaire, Mémoire DU Art-thérapie 2016
- VASSART, S. *Habiter*, revue-pensée plurielles, 2006/2 n°12, p9-19

Ressources Numériques :

- Chardon, Hervé Platel, Fabrice. « *Quand l'art répare le cerveau* ». cerveauetpsycho.fr. Pour la Science. Consulté le 11 mars 2020. <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/therapie/quand-l-art-repare-le-cerveau-13045.php>.
- WOLFF F. Conférence à l'École Normale Supérieure en 2015, « La vie sans musique est une erreur » Diffusée par France Culture le 29 mai 2018 <https://www.franceculture.fr/conferences/ecole-normale-superieure/la-vie-sans-musique-est-une-erreur>.
- Guéguen, Nicolas. « Le rire thérapeutique ». cerveauetpsycho.fr. Pour la Science. Consulté le 20 mars 2020. <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychotherapie/le-rire-therapeutique-7344.php>
- Nusbaum, Fanny, Gérard Ribes, et Jacques Gaucher. « La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose ». *Bulletin de psychologie* Numéro 507, n° 3 (2010): 191-201. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-3-page-191.htm>
- Nacu, Alexandra, et Daniel Benamouzig. *La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients* ». *Sante Publique* Vol. 22, n° 5 (22 décembre 2010) <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-5-page-551.htm>

GLOSSAIRE

Alexithymie : Incapacité à identifier des émotions ressenties ou observées.

Alliance thérapeutique : Désigne la relation de réciprocité, le lien tissé par accords mutuels entre un thérapeute et son patient dans le but commun d'améliorer les conditions de vie du patient.

Anomie : Concept sociologique, perte d'organisation, de moyen de contrôle, de valeur commune, confusion dans l'ordre social. Entraîne l'isolement de l'individu.

Apathie : Désigne un état de perte d'envie, de motivation à agir, d'indifférence émotionnelle involontaire.

Art 1 : Désigne l'expression brute, archaïque, qui ne fait pas appel au mental, dénuée d'intention esthétique

Art 2 : C'est l'expression artistique sophistiqué, guidée par une intention particulière qui nécessite de faire appel au mental.

Congruence : Etat de vérité entre soi et l'autre, authenticité dans la relation.

Dysthymie : Trouble de l'humeur, avec état dépressif chronique et persistant.

Effet Pygmalion : Concept de psychologie sociale désignant l'effet d'attente, l'influence d'un groupe sur un autre groupe en fonction de son comportement et de ses attentes, projections vis-à-vis de celui-ci.

Elan corporel : Terme utilisée en art-thérapie pour désigner une réaction du corps à un stimulus, il est identifié par un mouvement ou tout autre réaction corporelle.

Empowerment : Concept désignant le fait de créer ou favoriser les conditions d'exercice de son pouvoir d'agir.

Fibromyalgie : Maladie reconnue par l'OMS dont l'origine reste encore inconnue. Elle se caractérise par des douleurs musculosquelettiques diffuses et persistantes associées à une fatigue importante et des troubles du sommeil.

Gratification sensorielle : Terme utilisé en art-thérapie pour désigner le bénéfice d'une ou de plusieurs sensations agréables éprouvées par le patient.

Harmonisation : En musique, désigne le fait d'assembler des notes, des accords, des sons, de façon à créer un ensemble qui correspond à notre intention esthétique.

Items : Ce sont des éléments précis d'observations recueillis au cours des séances, ils permettent de catégoriser, d'organiser la prise d'information pour mieux la retranscrire et l'analyser

Kalimba : Désigne un instrument mélodique africain aussi appelé piano à pouce ou mbira. Il se compose d'une coque en bois ou en noix de coco et de lamelles métalliques dont la vibration produit le son (photo en Annexe 4 fig2 p75)

Ligne de chant : En musique, désigne l'ensemble mélodique et rythmique réalisé par la voix.

Objectif thérapeutique : Il s'agit d'un but précis à atteindre, il est fixé par un accord entre l'art-thérapeute et le patient qui l'utilisent comme guide pour orienter le choix des activités artistiques réalisées en séance.

Pyramide de Maslow : Théorie développée par Abraham Maslow pour décrire une hiérarchisation des besoins humains et mieux comprendre les motivations de l'individu.

Résilience : Phénomène psychologique qui consiste à accepter un événement traumatique et à y puiser une force de transformation positive.

Saveur existentielle : Terme utilisé en art-thérapie qui désigne la propension à aimer vivre, c'est le goût d'exister, la satisfaction générale face à ce que la vie peut apporter de bon.

Sigles :

DEASS : Diplôme d'Etat d'assistant de service social

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders cinquième édition

OMS : Organisation mondiale de la santé

IME : Institut Médico Educatif

INSERM : Institut national de la santé de la recherche médicale

RSA : Revenu de Solidarité Active

ANNEXE 1

Fiche d'Ouverture

Date 1^{er} Entretien :

Nom :	Age/date de naissance :
Prénom :	Droitier/gaucher
Date d'inscription aux Restos du coeur :	Situation familiale :

Difficultés au quotidien :

Passion/ Loisirs/pratiques artistiques :

Problème de santé :

Traitement éventuel :

Fréquence :

Suivi médico/social :

<u>Difficultés repérées :</u>		<u>Troubles, Comportement/Humeur</u>	
Dans la Relation		Anxiété	Angoisse
Communication		Agitation	Agressivité
Troubles de l'Expression	<input type="checkbox"/>		
De la Compréhension	<input type="checkbox"/>	Déprime	Apathie
Du Langage		Désintérêt	Tristesse
Visuels	} Equipements ?		
Auditifs			
Autres:		Autres :	

Rapport à la santé/ au bien-être : (Pour toi c'est quoi prendre soin de soi ? que fais-tu pour prendre soin de toi au quotidien ? si difficultés de santé : quel impact au quotidien)

Rapport à l'art/ Goûts : Si pratique artistique : pourquoi/quand/comment/où/avec qui ?

Eléments d'Anamnèse :-

- Accompagnement psycho/médico/social
Période/vécu/évolution

- Historique/événements marquants

- Problématiques présentes

- Projets futurs

Stratégie thérapeutique envisagée :

ANNEXE 2

Fiche d'Observation Dana

Nom prénom :

Date et n° de Séance : 16/01 S1

Humeur Début : Souci, doute, contrarié souffrance Fin : Soulagement, curiosité, sympathie

Introduction : Jeu émotion + méditation guitare

A- Dynamique de Séance :

- a. Objectif Global/ intermédiaire : revalorisation/ écoute de soi
- b. Objectif de Séance : écoute de soi/ lâcher-prise, gratification sensorielle
- c. Exercices réalisés : Danse du feutre avec transformation/ question réponse (kalimba guitare)
- d. Techniques employés : art-plastique musique
- e. Méthode : Jeu Exercice/ situation
Directif/ dirigé/ Semi-dirigé/ Ouvert/ Libre
- f. Ambiance : Animée/ Calme/ Morose/ Agitée/ Conviviale/ Pesante

Commentaires : Choix cartes difficile, besoin d'être guidée dans l'identification de ses émotions. Concentration lors de la méditation contrariée par la douleur, puis entre deux exercices. Jeu question/réponse n'est pas gratifiant pour Dana, sentiment de « gâcher » en remplacement : échanges sur son dessin, composition musicale à partir des mots qui en sont inspirés. Dana apprécie ce passage de l'art-plastique à la musique/écriture, a le « goût des jolis mots »

Items	1	2	3	4	5
Impression					
Choix musique d'écoute	Laisse l'art-thérapeute décider	<u>Accepte proposition</u>	Choix parmi propositions	En concertation	Force de proposition
Affirmation de ses goûts	Ne sait pas	<u>Sans conviction</u>	<u>Hésitante</u>	Modérée et irrégulière	Forte et constante
Capacité d'écoute de soi	Absente	<u>Essaie sans y parvenir seule</u>	Avec difficulté	Existante	Avec aisance
Expression verbale de soi	Très négative	<u>Négative</u>	Ironique	Neutre	Positive
Capacité à être dans le présent	Focalisée sur ses difficultés	<u>Irrégulière</u>	Plus durable mais fragile	Constante et fragile	Constante et solide
Choix de la technique	<u>Attends d'être guidée</u>	Demande de consignes	Demande conseil	Propositions	Autonome

Items expression	1	2	3	4	5
Désir, intention	Non exprimé	Peu présent	Sans conviction	Enthousiasme	Porteur d'élan
Réalisation technique	Départ tardif et Hésitante	Irrégulière et Hésitante	Lâcher prise ponctuel	Confiance partielle	Confiance constante
Engagement physique	Difficile	Irrégulier	Faible mais constant	Constant et modéré	Soutenu et constant
Capacité de concentration	Est ailleurs	Partielle, distraite	Irrégulière	Constante et Fragile	Constante et Soutenue
Application dans l'action	Indifférente	Irrégulière	Soucie de bien faire	Effort constant	Soutenue
Gratification sensorielle	Douleur, gêne	Contrasté	Apaisement	Douceur	Plaisir
Satisfaction	Non exprimé	Moyenne	Plutôt bonne	Bonne	Très bonne
Expression verbale de la douleur	Absente	Modérée	Forte en début de séance	Fréquente, entre chaque temps de pause	Constante, perturbe la séance
Expression non verbale de la douleur	Absente	Gestes mesurés	Marques de tensions	Réactions diverses (grimaces, gestes brusques)	Crispation physique générale (muscles tendues, visage marqué)

Dynamique Art 1 : lâcher prise/mouvements en réaction à l'écoute de la musique amples
 Art 2 : Projection possible sur la phase de transformation de l'exercice – dessine poisson

Alliance thérapeutique : - temps d'échange : environ 30min, s'exprime beaucoup sur son quotidien en début de séance mais presque plus ensuite, volonté de respecter un cadre, A pu me dire lorsque l'exercice ne lui convenait pas, moment d'échange sur goûts commun : la poésie, la guitare

Réalisation des objectifs : Lâcher-prise OK sans difficulté/

Écoute de soi et gratification sensorielle, Objectif enclenché, à poursuivre

Limites atteintes : Modifications/ projections pour la séance suivante : Kalimba + guitare à éviter pour la suite, méditation : accentuer sur sensoriel, Exercices : ponts Musique-art-plastique à poursuivre, favoriser sensation positive, choix musique pour stimuler, engendrer émotions positives.

ANNEXE 3

« **Les mots pour le dire** » : Voici quelques exemples des cartes utilisées pour exprimer ses émotions. Ce dernier se compose de 42 cartes (7 familles de 6 émotions).

le Fils  JOIE

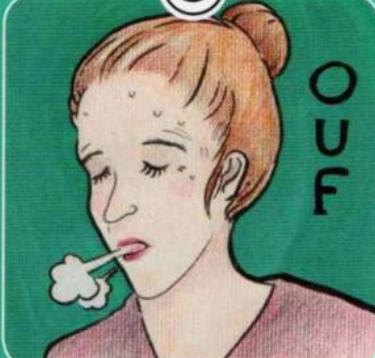


« C'est parti ! Yahou ! »

l'Enthousiasme

Motivé, animé, séduit, inspiré, excité, émoussillé, impatient, plein d'entrain, plein d'ardeur, plein d'énergie, exalté, plein de vigueur, électrisé, en pleine forme, stimulé, vivant, alerte, revigoré ...

la Mère  CONFIANCE

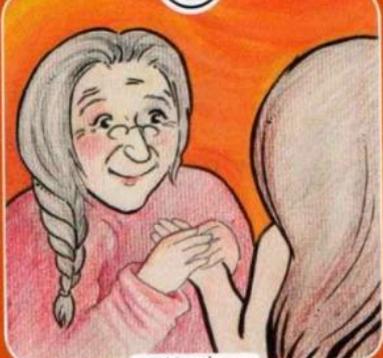


« Ouf ! »

le Soulagement

Rassurée, réconfortée, rassérénée, mieux, détendue, apaisée, allégée, déchargée d'un poids, libérée, relâchement...

la Grand-Mère  AMOUR



« Merci... »

la Gratitude

Reconnaissante, touchée, honorée...

le Grand-Père  TRISTESSE



« À quoi bon ? »

La Déprime

Découragé, abattu, accablé, démoralisé, démotivé, maussade, morose, lourd, fatigué, ennui, vide, lassitude, résigné, pessimiste, indifférent, déconnecté, apathique, torpeur, désabusé, dépité, désappointé, désenchanté, blasé, déçu, dégoûté, écoeuré, consterné, épuisé, exténué, au bout du rouleau...

le Père  PEUR



« Comment faire ? »

le Souci

Doute, confusion, préoccupé, tracassé, tourmenté, troublé, perturbé, déstabilisé, stressé, obsédé, turlupiné, embêté, mal à l'aise, torturé, dépassé, perdu, débordé, submergé, paralysé, se ronger les sangs...

la Fille  SURPRISE



« Tiens tiens ! »

la Curiosité

Fascinée, intéressée, intriguée, absorbée, interpellée, attentive, concentrée...

Consultable ici : <https://www.emotions-conscientes.com/le-jeu-de-cartes-les-mots-pour-le-dire/>

ANNEXE 4

Liste du Matériel Utilisé

Figure 1 : Nuancier à émotions



Chaque module correspond à une émotion indiquée au dos. Les modules sont assemblés entre eux pour former le nuancier.

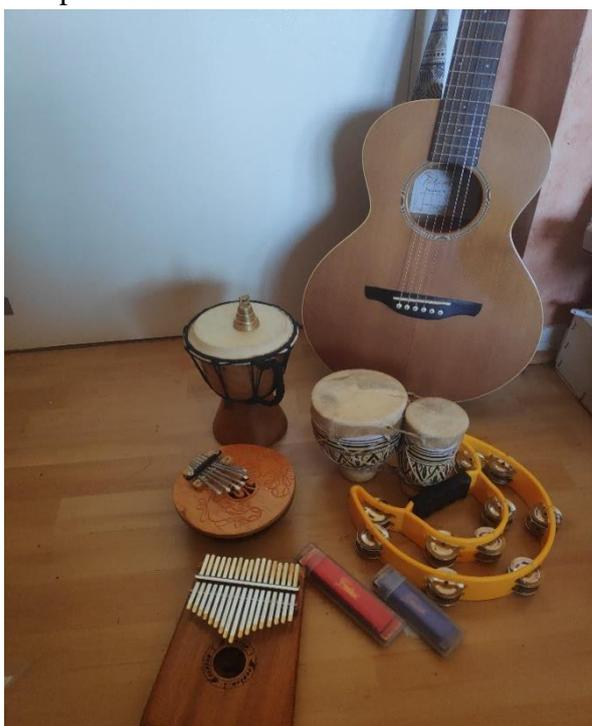


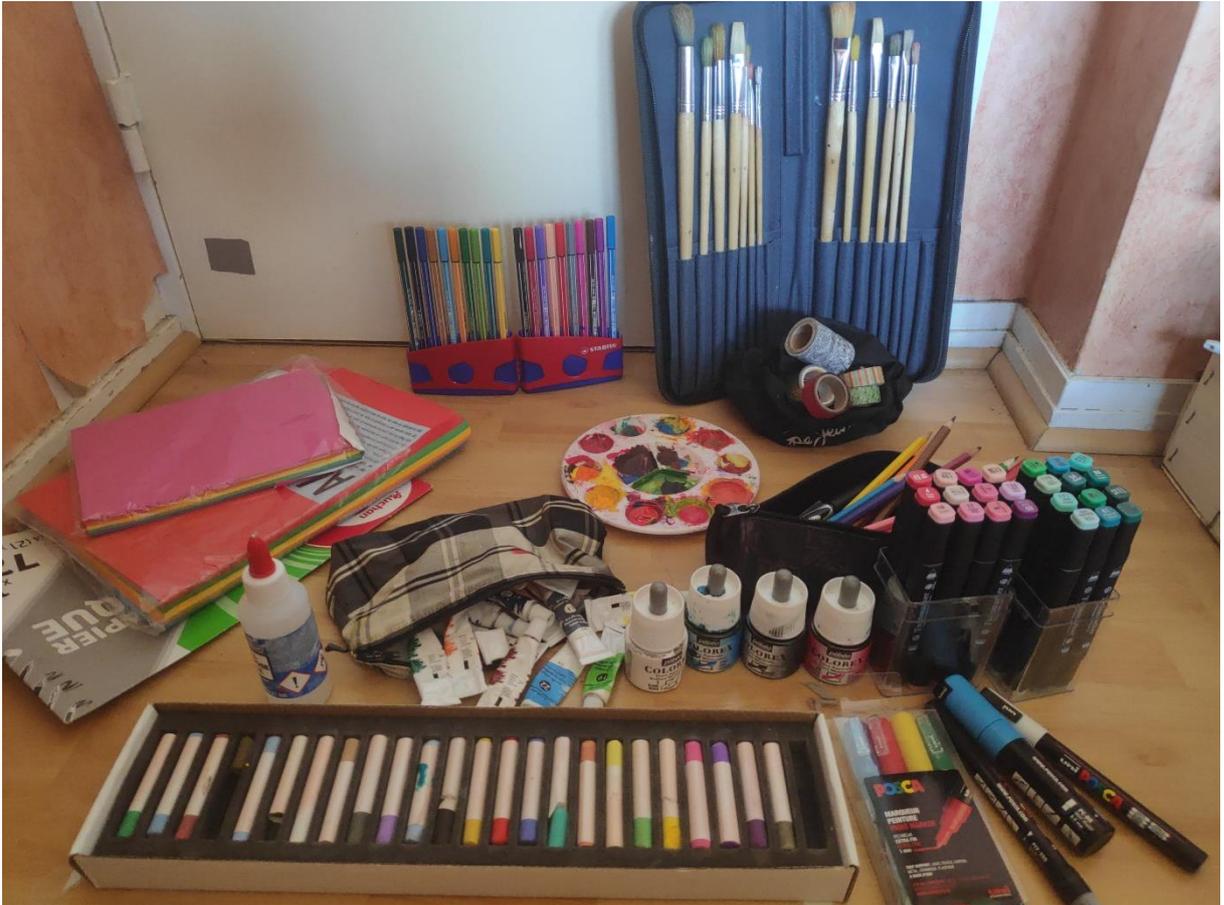
Figure 2 : Instruments de Musique

Percussions : Ptit Djembé, Bongo traditionnel africain, Tambourin, clochette

Vents : Harmonica simple, harmonica double

Utilisés comme instruments d'harmoniques :
Guitare, Kalimba traditionnel en noix de coco,
Kalimba en bois.

Figure 3 : Matériel d'Art-plastique



Aperçu du matériel utilisé pour les séances avec techniques d'Art-plastique.

Feutres, crayons, marqueurs, encres aquarelles, peinture acrylique, feutre de peinture, feutres encre, pastels secs. Masking tape (rouleaux de papier adhésif coloré/ a motif), colle...
Supports : papiers et cartons colorés, toiles A5, feuilles A4, Canson A4
Selon les séances, d'autres éléments pouvaient être utilisés comme des journaux, livres de coloriage, d'images ou des matières particulière (polystyrène, cire, coton, tissus, etc...) selon le projet de la personne.

ANNEXE 5

Grille d'évaluation de Dana

Capacité émotionnelle	S1	S2	S3	S4
Capacité à être dans le présent	2	3	2	5
Capacité de concentration	3	3	2	4
Capacité d'écoute de soi	2	3	2	4
Désir, intention	1	4	4	5
Capacité physique				
Réalisation technique	2	3	3	5
chant			1	2
Engagement physique	2	4	1	5
Application dans l'action	3	4	3	5
Gratification sensorielle	2	3	3	5
Relationnelles				
Affirmation de ses goûts	3	4	2	4
Satisfaction de sa production	3	4	5	5
Expression verbale de soi	2	2	3	4
Choix de la technique	1	4	2	5
Choix de la musique	2	2	1	4
Autres				
Expression non verbale de la douleur	4	2	5	3
Expression verbale de la douleur	4	2	5	3

Par soucis de lisibilité pour le partage d'informations avec d'autres professionnels, nous avons organisé les items en quatre catégories : capacité émotionnelle, physique, relationnelle et autre.

Le détail de cotation des items est lisible sur la fiche d'observation, présente en Annexe 2 p71.

ANNEXE 6

Auto-évaluation (personnalisée pour Dana)

Les annotations en italiques ont été ajoutées au document original pour faciliter la compréhension du lecteur.

L'Estime de soi : Echelle de Rosenberg (*d'après la proposition de traduction de l'Institut Régional du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé du Nord pas de Calais- disponible en ligne : <https://www.irbms.com/download/documents/echelle-estime-de-soi-de-rosenberg.pdf>*)

D'après l'échelle de valeur suivante :

Tout à fait en désaccord : 1 Plutôt en désaccord : 2 Plutôt d'accord : 3 Tout à fait d'accord : 4

En entourant le chiffre approprié, indique à quel point ces affirmations sont vraies pour toi :

- | | |
|--|---------|
| 1/ Je pense que je suis une personne de valeur, | |
| au moins égale à n'importe qui d'autre : | 1-2-3-4 |
| 2/ Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités : | 1-2-3-4 |
| 3/ Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme une ratée : | 1-2-3-4 |
| 4/ Je suis capable de faire des choses aussi bien que la majorité des gens : | 1-2-3-4 |
| 5/ Je sens peu de raison d'être fière de moi : | 1-2-3-4 |
| 6/ J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même : | 1-2-3-4 |
| 7/ Dans l'ensemble je suis satisfait de moi : | 1-2-3-4 |
| 8/ J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même : | 1-2-3-4 |
| 9/ Parfois je me sens vraiment inutile | 1-2-3-4 |
| 10/ Il m'arrive de penser que je suis une bonne à rien : | 1-2-3-4 |

Calcul de l'échelle de Rosenberg : Pour déterminer le niveau d'estime de soi il nous faut additionner les scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 pour le chiffre 1, 3 pour le 2, 2 pour le 3 et 1 pour le 4. Nous calculons ensuite le total des points. Nous obtenons alors un score entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme. Un score inférieur à 25 traduit d'une estime de soi très faible. Si nous obtenons un score entre 25 et 31, l'estime de soi est faible. Un score entre 31 et 34 évalue l'estime de soi dans la moyenne. Si nous obtenons un score compris entre 34 et 39, l'estime de soi est forte. Un score supérieur à 39 traduit une estime de soi très forte.

D'après toi, les résultats à ce test seront-ils différents de celui effectué au début des séances d'Art-thérapie ? Si oui, en quoi ?

Quelles émotions, le travail réalisé ensemble te procure-t-il ? Peux-tu en dire quelques mots ?

Quelle a été pour toi la sensation ou émotion la plus agréable durant nos séances ? Crois-tu pouvoir reproduire cette émotion ou sensation par toi-même ?

As-tu envie de poursuivre une ou des activités faites ensemble ? Pourquoi ? Sais-tu comment ?

ANNEXE 7

Choix des Musiques :

Les musiques sont diffusées à l'aide d'une petite enceinte connectée à mon téléphone. Par soucis de praticité, chaque ambiance fait l'objet d'une playlist composée au préalable.

Utilisées avec Dana :

Par ordre chronologique

Certains morceaux ont suscité des réactions particulières de la part de Dana, elles seront notées (comme ceci).

Soul/Rythm and blues : Otis Reading, *Hard to handle*- Aretha Franklin, *Respect*- (chantonne)- The Blues Brothers, *Everybody needs somebody*- (Mouvements de la tête)- James Brown, *I feel good*- Nina Simone, *Feeling good* - Peggy Lee, *Fever* – Julie London, *Why don't you do right ?* - Wilson Pickett, *Mustang Sally*- Ray Charles, *I got a woman* - Fontella Bass, *Rescue me* – Aretha Franklin, *Chain of fools* (tape du pied)– Ella Fitzgerald et Louis Armstrong, *Dream a little dream of me* – Wilson Pickett, *In the Midnight hour* – Otis Reading, *My girl* – Nina Simone, *Sinnerman* – Etta James, *It's man's World*

Surf Rock : Dick Dale, *Miserlou* (chantonne sur les cuivres, *mouvements de tête*)– The Drums, *Money* - Misser Chups, *The Mysterians*- The Beach Boys, *The good Vibrations*- Misser Chups, *Swamp Surfing* - The Beach Boys, *Surfin USA* (chante les ouhouhouh)– Misser Chups, *Twin Peaks Twist* - The Ventures, *Wipe out* - Misser Chups, *Devil's Driver* – The Surfaris, *Pipeline* – The Lively ones, *Surf Rider*- The Drums, *Days*

Pop/Electro : Moderator, *Words Remain* - Requin Chagrin, *Sémaphore*- Lykke li, *I follow rivers* (Chante « ah ah follow »)-New Order, *Age of Consent* (mouvement de tête et tape du pieds)– La femme, *la planche* – Fakear, *Morning in Japan* – Ours Samplus, *Like the Sunshine* – Requin Chagrin, *Adelaïde* – Ratata, *Five* – Vidéoclub, *En nuit* (balance la tête et chantonne) – Alice, *Jeux savants* – Electric Guest, *This head i hold* – Amanda Palmer and the young punx, *Map of tasmania* – Fakear, *Karmaprana* – Cocoon et Lola Marsh, - *I got you Jabberwocky*, *Photomaton* – Fakear, *Hanoi Café* – Requin chagrin, *Poisson Lune*.

Musiques Latines (Bossa Nova/Salsa/Samba/Cumbia..) : Quantic Flowering inferno, *Cumbia sobre el mar* – Buena Vista Social club, *Chan chan* – Paco de Lucia, *Entre dos Aguas* (se balance, mouvement d'épaules)– Jacob Gurevitsch, *Mexican Magarita* – Rodolfo y su tipica- *La colegiala* – Compay Segundo, *Guantalamera* – Vaya con dios, *Nah neh na na* (chante les nah neh na na) – Brigitte bardot, *Mambo Italiano*- Buena vista social club- *De camino a la vereda* (danse)

Utilisées avec Maria :

Compte tenu de son histoire, certains groupes emblématiques ont été volontairement évités : The White stripes, Black Sabbath, Pink floyd, Bob Marley, Baltazard, Led Zeppelin, the Strokes, the Doors.

Les goûts musicaux de Maria étant résolument rocks et pour s'accorder avec les objectifs thérapeutiques je lui ai proposé une sélection dynamique et stimulante diffusée sur les trois premières séances.

En voici un aperçu : The pixies, *Debaser*- Chuck Berry, *You never can tell* –R.E.M, *Shiny happy people* – The Runaways, *Cherry Bomb* – Pony pony Run run, *Hey you* – Queen, *Don't stop me now* – The Rocky Horror Picture Show, *What ever happened to Saturday night ?* – The Hives, *Walk idiot walk* – Supergrass, *Alright* – Little Richard, *Long tall sally* –Greta Van fleet, *When the curtain falls* – Blur, *Song 2*- Beastie Boys, *Sabotage* – Goldfinger, *superman* – Twisted sister, *We're not gonna take it* – Green Day, *Basket case* – Elvis Presley, *Jailhouse*- Ram Jam, *Black betty* – The kinks, *you really got me* -

Les autres séances ont pu s'orienter vers du rock « calme », plus favorables à sa concentration et en concertation avec elle.

Nous avons pu écouter par exemple : The La's, *there she goes* – The cure, *close to me*- The Rolling stones, *She's like a rainbow* - Ekseption, *One Sunday they will kil the world*- Allah Las, *Catamaran*- Lou reed, *Coney Island Baby* – Eric Clapton, *The shape you're in* – Beck, *Loser* – The Spécials, *Gost Town*. Bon iver, *Skinny Love* – Elliot Maginot, *Young/Old* – Simon et Garfunkel, *Mrs. Robinson* – Bob Dylan, *Mr.Tamburine Man* – Neil young- *Tel me why* – Jefferson Airplane, *White rabbit* – Frank Zappa, *DC Boogie*- Cream, *White room*.

A partir de certains morceaux, en particulier ceux du groupe Allah Las qu'elle a particulièrement apprécié, j'ai pu mieux orienter les propositions et nous avons pu échanger sur nos goûts musicaux. Celle-ci m'a notamment fait connaître l'artiste Wax Tailor, que je ne connaissais que de nom. Ces échanges ont été très bénéfiques pour développer l'alliance thérapeutique.

ANNEXE 8

Productions de Maria

Figure 1 : Première production avec l'exercice de la danse du feutre, transformé



Figure 2 : Production finale, Collage Autoportrait (par soucis d'anonymat, les visages ont été noircis)

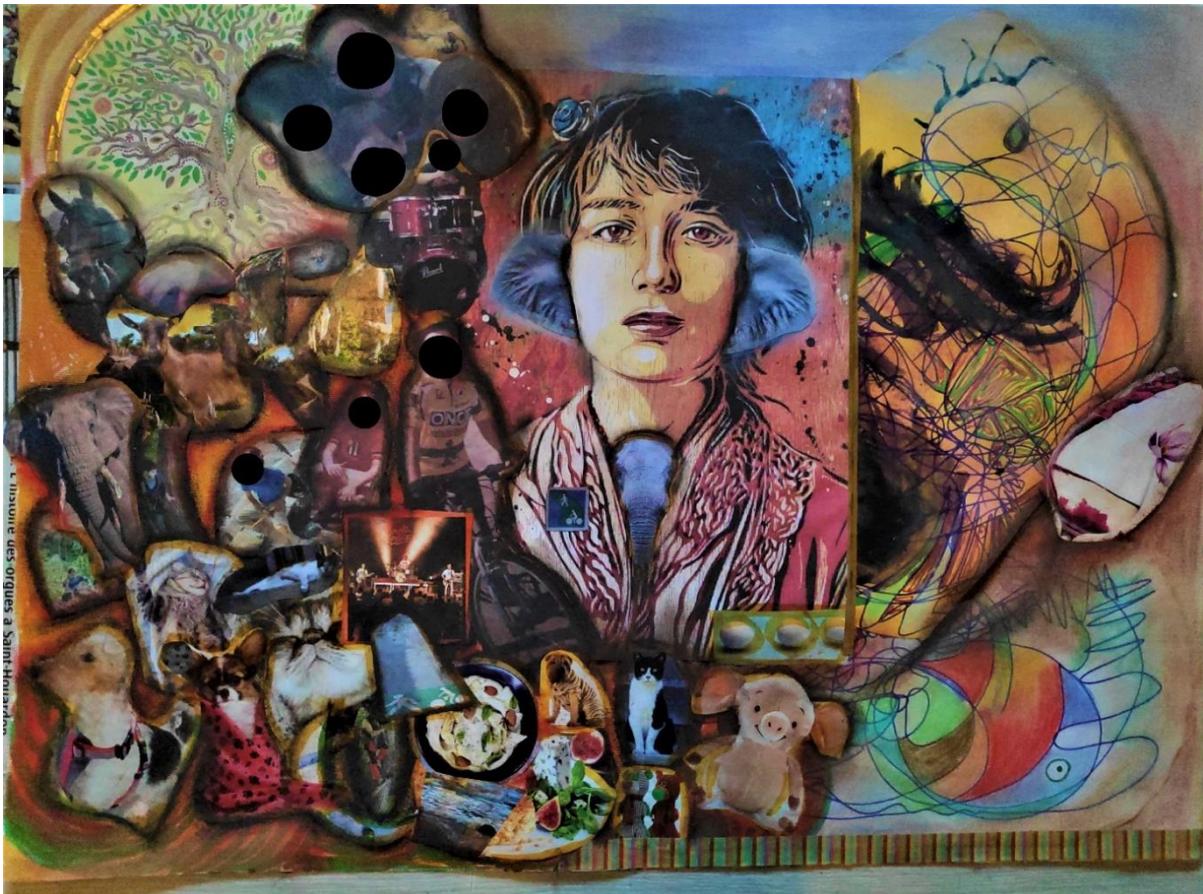


Figure 3 : Chanson de Maria

Les Oiseaux

Accords Couplets :

La	Mi	Ré
Ré	La	Mi

La... Ma...man... /Au... cœur intelligent
Elle... fait... La course/ le... temps... est à ses trousse
Elle sait... quoi... faire/ la... Pression dans l'air
Pour couvrir ses poussins /Elle ne recule devant rien

Refrain :

Accords refrain :

Lam	Ré
-----	----

J'entends les oiseaux, leur sifflet est chaud,
C'est comme une fête et tout devient chouette

En..... volant.../ Il... dévoile... Son chant
Médusé par des poissons/ souriant... à un papillon
Le merle... noir / n'a... plus de mémoire
Il... ne vit qu'au présent, /dans... le ciel en chantant

Indications de chant :

... = Allonger le dernier son (1 par temps)

/ = pause (1par temps)

Document transmis à Maria après la dernière séance, accompagné d'un enregistrement audio de nos essais.

ANNEXE 9

Productions de Dana



Figure 1 : Première production réalisée avec l'exercice de la danse du feutre, transformé
De ce dessin est né le premier vers de la chanson :
« Un lys dans la mer
Esquisse le tonnerre »

Figure 2 : Chanson de Dana

Un Lys dans la mer
Esquisse le tonnerre
Le mystère de la frayeur
Sait y faire des profondeurs

Refrain:
Une renaissance en Février
Marquée de la lettre D
Drapeau noir hissé
Aux quatre vents
La guerre est déclarée
Ici et maintenant

Atypique et joueuse
Créature imaginaire
Épique et rieuse
Elle se joue de l'affaire

Refrain

Avec une foule en liesse
Plus rien ne me délaisse
Manouche et feu de joie
Vont m'apporter la foi

Accords Couplets

Sol	Ré	Lam
Sol	Lam	Ré

Accords refrain

Do	Sol	Ré	Lam
Do	Sol	Lam	Ré

Refrain

Au coucher du soleil
La musique n'est plus pareille
Les joueurs de banjo
Les danseuses de flamenco
Au coucher du soleil
La musique me donne des ailes

Ce document a été transmis à Dana après la dernière séance, accompagné d'un enregistrement audio de nos essais.

L'art-thérapie orientée vers la musique et les arts plastiques pour revaloriser l'estime de soi des personnes en situation de précarité.

Résumé : Les Restos du cœur proposent de mettre en place des actions pour lutter contre la pauvreté sous toutes ses formes. A leur début, cette association française était uniquement accès sur le don de nourriture. Mais, la lutte contre les exclusions et la précarité mobilise des mécanismes psycho-sociaux complexes. Cela implique souvent de prendre en compte des pathologies qui ne font qu'ajouter à la détresse de ces personnes fragilisées par la vie. La perte de confiance en soi et en les autres devient un fardeau de plus. L'estime de soi est mise à mal par des événements traumatiques, une perte de capacité due à la maladie, l'isolement social ou simplement la honte de devoir aller demander de l'aide. Une des difficultés repérées par les professionnels médico-sociaux est celle de faire face à la diversité des profils, faute de pouvoir s'adapter au public, c'est bien souvent aux bénéficiaires de s'adapter à ce qui est proposé. La non prise en compte de l'autre devient systémique et ne fait qu'ajouter à la fragilisation de l'estime de soi des personnes. Nous verrons dans quelle mesure l'art-thérapie par la musique et l'art-plastique, peut valoriser l'estime de soi des bénéficiaires des Restos du cœur, à travers la mobilisation de capacités émotionnelles, physiques et relationnelles. Nous montrerons l'importance de l'alliance thérapeutique et la prise en compte globale de l'autre. Les résultats de notre expérience seront à l'origine de réflexions sur le rôle de la saveur existentielle, du cadre d'intervention et de la construction identitaire dans la valorisation de l'estime de soi de ce public.

Mots clés : art-plastique, dépression, estime de soi, exclusion, fibromyalgie, identité, identité sociale, musique, Précarité, stigmatisation.

Summary : To combat poverty of any kind, the charity restaurants offer to establish strategies. At the beginning, this french association was only for food donation. But, The combat of the social exclusion mobilises complex psychological and social mechanisms. It often involves considering pathologies which are only adding despair to people already fragile from life. The loss of self esteem and confidence in others is yet one more burden. One difficulty the medical and social professionals have identified is the various profile of people in precarity. If the professionals can't adapt to the beneficiaries, then the beneficiaries will have to adapt to what they get offered. The lack of caring for the beneficiaries is becoming systemic and once again fragilise their self confidence. Through mobilization of emotional, physical and social capacities, we will see in what measure the art therapy using music and plastic arts can improve precarious population of the charity restaurants 's self esteem. We will show the importance of the therapeutic alliance and the holistic consideration of the other in a therapeutic relationship. The results of our experience would lead to a reflection process on the function of the existential flavor, the framework and on the identity construction of the precarious populations, in the build up of their self confidence.

Key words : depression, exclusion, Fibromyalgia, identity, music, plastic art, precariousity, self esteem, social identity, stigma.