N°:
Note :

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR de médecine de Tours
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE DENTELLE AVEC DES PATIENTS ALCOOLO DEPENDANTS

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par Audrey SCHMIT
Année 2011

Sous la direction de
Sandrine SIVERT
En sa qualité de
Psychologue clinicienne

Lieu de stage
Unité d'addictologie du Réseau de santé du Bessin
3, rue François Coulet
14400 BAYEUX

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR de médecine de Tours
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE DENTELLE AVEC DES PATIENTS ALCOOLO DEPENDANTS

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par Audrey SCHMIT
Année 2011

Sous la direction de
Sandrine SIVERT
En sa qualité de
Psychologue clinicienne

Lieu de stage
Unité d'addictologie du Réseau de santé du Bessin
3, rue François Coulet
14400 BAYEUX

REMERCIEMENTS

A Richard Forestier, responsable de la formation universitaire et à l'ensemble des enseignants en Art-thérapie de Tours

A Fanny et aux élèves de la promotion 2009/2010 du diplôme universitaire d'Art-thérapie

A Mylene Salvador, responsable du conservatoire de la dentelle de Bayeux

Aux enseignantes, aux élèves et aux membres de l'association du conservatoire

A l'hôpital de Bayeux

A Monsieur Gandon, responsable du réseau de santé du Bessin

Au Docteur Pierre, chef de service de l'unité d'addictologie

A l'équipe de soin et de coordination de l'unité

A Axel, Clara, Nadine et Renée et à l'ensemble des patients suivis en addictologie

A Mademoiselle Sandrine Sivert, mon directeur de mémoire

A tous ceux que j'ai croisés au cours de cette aventure

A mon entourage sans qui je ne serais pas où je suis aujourd'hui

A mon papy…

SOMMAIRE

SOMMAIRE

SOMMAIRE 1

GLOSSAIRE 5

INTRODUCTION 7

I- PROPOSITION D'UNE HYPOTHESE LIANT MA DOMINANTE ARTISTIQUE A UNE PATHOLOGIE ADDICTIVE 10

A- Les dentelles contemporaines utilisent la technique artisanale à des fins artistiques 10

1- L'Art est une activité humaine d'expression 10

a- La définition de l'Art a évolué avec les hommes 10

b- Le caractère expressif de l'Art est indispensable à certains hommes 11

2- L'artisan et l'artiste ont l'Art pour origine commune, mais le sens donné à leurs œuvres les a différenciés 11

a- Nos ancêtres liaient Art et artisanat 11

b- L'œuvre de l'artisan, par sa finalité utilitaire, se dégage de celle de l'artiste 12

3- L'importance de la technique d'apprentissage artisanale est une des spécificités de la dentelle 13

a- Définition du mot dentelle d'après le livre intitulé « ouvrage de dames » 13

b- La mode du 16ème siècle inscrit la dentelle dans le monde artisanal 14

c- Base d'apprentissage de la technique aux fuseaux 14

4- Une des évolutions possible de la dentelle est de collaborer avec le monde artistique 17

a- Respect du savoir faire et renouvellement des productions sont les objectifs du conservatoire de la dentelle 17

b- La dentelle est également considérée comme une dominante artistique à part entière 18

B- Définir la pathologie alcoolique, c'est mettre en avant certaines caractéristiques communes aux patients 19

1- L'usage originel des produits psycho actifs est médical mais devient pathologique en cas de dépendance physique et/ou psychique 19

2- L'alcool est un des produits psycho actifs qui peut créer une dépendance et nécessiter un suivi thérapeutique 21

a- L'accol est un produit symbolique de l'histoire des hommes 21

b- L'alcool peut être toxique pour l'être humain 21

c- Définition de l'alcoolisme selon Henry Gomez 22

d- Le traitement du patient alcoolo dépendant est basé sur l'accompagnement 23

3- Des caractéristiques communes aux malades alcooliques ont pu être établies 24

a- Les points communs dans la façon d'agir des patients alcoolo dépendants ont permis d'établir le profil du malade 24

b- Les alcooliques ont une difficulté toute spécifique à appréhender la réalité 25

C- L'Art-thérapie à dominante dentelle va permettre de travailler sur une des spécificités du malade alcoolique 25

1- Depuis les origines de l'homme et jusqu'à nos jours, l'Art fut souvent lié à la médecine 25

a- Représentation de pathologies dans certaines œuvres d'Art 25

b- Pièces réalisées par des personnes présentant des troubles psychologiques 26

c- Etude des pathologies de certains artistes au travers de leurs créations 27

2- Aujourd'hui, l'Art-thérapie est une discipline à part entière mais qui regroupe différents types de pensées 27

a- Le model d'Art-thérapie enseigné à l'université René Descartes de Paris 28

b- L'enseignement Art-thérapeutique de l'école de Tours 28

3- L'Art-thérapie peut apporter une réponse bénéfique à de nombreuses caractéristiques de la personne alcoolique, mais pour l'une d'entre elles, il s'agit d'une contre indication 29

4- La technique artisanale de la dentelle va permettre de travailler sur le rapport particulier qu'entretient la personne alcoolique avec la réalité 30

II- DESCRIPTION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE DENTELLE AVEC DES PATIENTS ALCOOLO DEPENDANTS 32

A- Le lieu d'accueil, l'équipe et la population rencontrés lors du stage 32

1- Le réseau de santé du Bessin est un établissement regroupant des thématiques diverses mais ayant des objectifs communs 32

2- L'addiction est une des problématiques thérapeutiques traitée au réseau de santé 34

3- Un des objectifs de l'équipe soignante de l'unité d'addictologie est de viser au sevrage de la personne alcoolique 35

a- La phase de maturation et l'éclosion du désir de sevrage 35

b- La phase de mutation 35

c- L'abstinence absolue et définitive 36

B- Prises en charges de patients alcooliques en Art-thérapie à dominante dentelle 37

1- Mise en place du protocole thérapeutique avec le Docteur Pierre, médecin addictologue du réseau de santé du Bessin, en collaboration avec le conservatoire de la dentelle de Bayeux 37
2- Mise en place des moyens permettant d'évaluer et d'atteindre les objectifs fixés par le Docteur Pierre 38
3- Etude de cas concernant Axel 40
a- Le dossier médical d'Axel nous informe sur sa vie et l'histoire de sa maladie 40
b- L'objectif du médecin addictologue et l'intention du patient concernant l'Art-thérapie sont précisés en séance d'ouverture 41
c- Les séances réalisées avec Axel sont détaillées dans un tableau 42
d- L'analyse du tableau des séances nous permet de faire le bilan de la prise en charge d'Axel 50
4- Etude de cas concernant Clara 52
a- Le dossier médical Clara nous informe sur sa vie et l'histoire de sa maladie 52
b- L'objectif du médecin addictologue et l'intention de la patiente concernant l'Art-thérapie sont précisés en séance d'ouverture 53
c- Les séances réalisées avec Clara sont détaillées dans un tableau 54
d- L'analyse du tableau des séances nous permet de faire le bilan de la prise en charge de Clara 62

C- Les études de cas nous permettent d'apporter une réponse à l'hypothèse énoncée en chapitre I 64

III- DISCUTER CERTAINS POINTS PERMET DE FAIRE EVOLUER MES RECHERCHES 67

A- Le choix du lieu de prise en charge peut influer sur la qualité des séances Art-thérapeutiques 67
1- On peut noter un impact du lieu de la prise en charge sur les patients 67
2- On peut noter un impact du lieu de la prise en charge sur l'Art-thérapeute 71

B- Une pédagogie adaptée à l'Art-thérapie doit être mise en place 72
1- Transmettre un savoir faire, c'est se remémorer les bases de notre propre apprentissage 72
2- La transmission de la technique dentellière en Art-thérapie implique la mise en place d'une pédagogie particulière 73

C- L'exploitation des fiches de prises en charges en Art-thérapie a entraîné des modifications de leurs aspects d'origine 77
1- Mon avis sur la fiche d'ouverture 77

2- Chaque patient doit pouvoir s'approprier la fiche d'autoévaluation 78
3- La fiche d'observation doit correspondre à la personnalité de l'Art-thérapeute 80
4- La fiche de transmission doit être compréhensible par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale 82

D- Prendre conscience du lien qui s'établit entre l'Art-thérapeute et le patient est bénéfique au soin 83
1- Tendresse et attachement sont des sentiments connus du soignant 83
2- Face à la détresse de la personne soignée, les sentiments d'impuissance et de découragement sont fréquents 85

CONCLUSION 87

LISTE DES GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS 89

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 90

ANNEXES 92

GLOSSAIRE

Les mots marqués d'un * dans le corps du texte sont définis dans ce glossaire. Pour des raisons de lisibilité, je les ai classés par ordre alphabétique.

Abstinence : Action de s'interdire certains aliments, certains plaisirs, soit pour obéir aux prescriptions d'une religion, soit par choix personnel.
Ambulatoire : Se dit d'un acte médical ou chirurgical qui n'empêche pas le malade de mener une vie active ou qui ne nécessite pas d'hospitalisation prolongée.
Amphores : Vase à deux anses symétriques, au col rétréci, avec ou sans pied, qui servait à conserver et à transporter les aliments, dans l'antiquité.
Anamnèse : Ensemble des renseignements recueillis par le médecin en interrogeant un patient sur l'histoire de sa maladie.
Anxiolytique : Se dit d'un médicament qui apaise l'anxiété.
Baroque : Style artistique et littéraire né en Italie et caractérisé par la profusion des ornements.
Boulimie : Besoin maladif d'absorber de grandes quantités de nourriture.
CHS : Centre. Hospitalier. Spécialisé.
Contention : Tension forte et prolongée des facultés intellectuelles ; attention, concentration.
Cure : Ensemble de moyens employés pour traiter certaines maladies ; séjour dans un établissement spécialisé pour y recevoir des soins.
Déni : Refus d'accorder ce qui est dû.
Déontologie : Ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leur public.
Diététique : Science des régimes alimentaires, fondée sur l'étude de la valeur nutritive des aliments.
Digitale : Plante dont les fleurs, disposées en grappe, ont la forme d'un doigt de gant et dont on extrait la digitaline (substance utilisée à faibles doses dans le traitement de certaines maladies du cœur).
Distillation : Opération consistant à séparer, par évaporation puis condensation, les éléments contenus dans un mélange liquide.
Egide : Sous la protection, le patronage.
Ego : En psychanalyse, le moi.
Empathie : En psychologie, faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.
Empirique : Qui ne s'appuie que sur l'expérience, l'observation.
Epilepsie : Affection caractérisée par la répétition chronique de décharges (activations brutales) des cellules nerveuses du cortex cérébral.
Esthétique : Théorie du beau, de la beauté en général et du sentiment qu'elle fait naître en nous.
Ethanol : En chimie, alcool dérivé de l'éthane, aussi appelé *alcool éthylique*.
Fermentation : Transformation de certaines substances organiques sous l'action d'enzymes sécrétées par des micro-organismes.
Guilde : La guilde AFRATAPEM des Art-thérapeutes est un regroupement professionnel d'Art-thérapeutes praticiens doté de règles spécifiques.
Hépatologie : Spécialité médicale qui étudie le fonctionnement et les maladies du foie et des voies biliaires, principalement les hépatites, les cirrhoses et les cancers.
IME : Institut. Medico. Educatif.
Impressionnisme : Ecole picturale du dernier quart du XIXe siècle qui s'attachait à peindre les impressions fugitives suscitées par le jeu de la lumière sur la nature, les objets.

Inhibition : Phénomène d'arrêt ou de ralentissement d'un processus chimique, psychologique ou physiologique ; blocage.
Irascible : Prompt à la colère.
Licite : Que la loi n'interdit pas.
Manufacture : Vaste établissement industriel réalisant des produits manufacturés, c'est-à-dire des biens ou des objets résultant d'une activité humaine à partir de matières premières.
Maturité : Période de la vie humaine caractérisée par le plein développement physique, affectif et intellectuel.
Métier Jacquard : Métier à tisser semi-automatique créé par Joseph Jacquard, inventeur Français (1752-1834).
Mythe : Représentation symbolique qui influence la vie sociale.
Neurobiochimique : Science qui s'intéresse aux phénomènes biochimiques du système nerveux.
Organique : Relatif aux organes, aux tissus vivants, aux êtres organisés ; qui provient d'organismes vivants.
Passement : Galon qui sert d'ornement dans l'ameublement et l'habillement.
Pathologie : Etude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes.
Pédagogie : Science de l'éducation.
Polyarthrite rhumatoïde : Maladie rhumatismale inflammatoire caractérisée par une atteinte de la synoviale (membrane conjonctive tapissant la face interne des articulations).
Posologie : Indications précisant la quantité et le rythme d'administration d'un médicament.
Prévention : Ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir.
Profanes : Qui ne font pas partie des choses sacrées de la religion.
Protocole : Enoncé des conditions et des règles de déroulement d'une expérience scientifique, d'un traitement médical.
Psychopharmacologie : Branche des sciences médicales qui étudie les substances naturelles ou synthétiques dont l'effet principal s'exerce sur le psychisme (psychotropes notamment).
Psychotrope : Se dit d'une substance chimique qui agit sur le psychisme (antidépresseur, alcool, stupéfiants).
Rédhibitoire : Qui constitue un obstacle radical.
Rites : Manière d'agir propre à quelqu'un ou à un groupe social et revêtant un caractère immuable.
Romantisme : Mouvement littéraire et artistique du début du XIXe siècle, qui faisait prévaloir le sentiment sur la raison.
Sanitaire : Relatif à la conservation de la santé publique.
Sédatif : En pharmacie, se dit d'une substance qui agit contre la douleur, l'anxiété, l'insomnie ; analgésique, antalgique, tranquillisant.
Sevrage : Privation progressive d'alcool ou de drogue lors d'une cure de désintoxication.
Smiley : Dans un message électronique, association de caractères typographiques évoquant un visage expressif.
Somatique : Qui concerne le corps.
STI : Sciences. Technologies. Industrielles.
Stigmate : Marque durable que laisse une plaie, une maladie.
Tulle : Tissu léger et transparent à mailles rondes ou polygonales.
Tutelle : Surveillance contraignante.
Xanthopsie : Anomalie de la vision des couleurs au cours de laquelle tout paraît jaune.

INTRODUCTION

Ce que vous allez lire ici, est une introduction à mon mémoire qui s'intitule, « une expérience d'Art-thérapie à dominante dentelle avec des patients alcoolo dépendants ».
Or, comment introduire un écrit qui est le symbole de la fin de mes études, sans parler des étapes qui m'ont menée vers cette formation.

L'étape de la rencontre artistique :

Je n'ai pas souvenir de ma première rencontre avec l'Art, c'est sans doute parce qu'il a toujours fait partie de ma vie. Certaines personnes sont nées pour être sportives, scientifiques ou pour faire de la politique ; moi, je suis née pour aimer l'Art.
Je dis ne pas me souvenir de ma première rencontre avec l'Art, mais je me souviens en revanche avoir désiré réaliser une activité artistique. Dans un premier temps, le chant en chorale que je pratiquais lors de mes années d'école primaire et de collège. Mais également, la dentelle, a laquelle je décidais de consacrer mon temps libre après avoir effectué un stage d'été au conservatoire de la dentelle de Bayeux, en Normandie.
J'ignore ce qui m'a poussée à choisir ces activités artistiques plus que d'autres, mais ce choix fut le bon puisque celles-ci m'ont suivi tout au long de ma jeunesse et de mon adolescence.
Je vivais avec l'Art depuis mon enfance et il était donc tout naturel que mes études se dirigent vers ce domaine.
Après un bac STI* Arts appliqués, l'école des beaux Art me donna la possibilité d'exploiter la dentelle d'une autre manière que celle enseignée au conservatoire. Je me rendis compte que cette technique détenait de réelles capacités artistiques, ce qui me valut un diplôme national d'Art plastique avec une mention pour le travail du fil.
Mais ces trois premières années d'études secondaires furent également le temps de questionnements sur ce que j'allais faire de ces expériences artistiques. J'avais alors pleinement conscience que l'Art était indispensable à ma vie et qu'il pouvait de la même façon être utile à d'autres personnes. Cela ne me suffisait plus de produire, je souhaitais partager cet expérience de l'Art et l'exploiter autrement qu'individuellement.

L'étape de la rencontre Art-thérapeutique :

« Ce que j'attends de votre formation, c'est qu'elle me conforte dans la conviction que la pratique artistique est susceptible de dépasser la simple démarche personnelle centrée sur soi-même, pour être mise au service d'autrui dans une visée humanitaire et thérapeutique.»

Voici ce que je répondais à la question, « qu'attendez-vous de la formation proposée ? » posée sur la fiche de candidature pour l'entrée en formation d'intervenant spécialisé en Art-thérapie.
Depuis, plus de deux ans se sont écoulés et il semble que mes attentes aient obtenu quelques réponses.

Lors de la première année de formation théorique pré-universitaire, j'ai acquis, je cite « les connaissances théoriques et méthodologiques nécessaires à l'exploitation de l'art dans un processus de soin ou d'assistance aux personnes malades, handicapées, souffrant de troubles psychologiques et/ou physiques ou ayant des retards dans les acquisitions et le développement de leur personnalité ».

La deuxième année intitulée diplôme universitaire d'Art-thérapie est également orientée vers l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. Mais la

formation proposée, insiste sur l'évaluation et la recherche, et a pour objectif de compléter les acquis professionnels par une formation universitaire. Elle débouche sur le Diplôme d'université d'Art-thérapie.

Ainsi, l'école d'Art-thérapie de Tours me conforta dans l'idée que l'Art n'était pas uniquement exploitable individuellement et que notre savoir faire pouvait servir les autres. Ayant acquis les connaissances nécessaires pour exploiter l'Art en milieu de soin, j'ai pu me rendre personnellement compte de ses effets thérapeutiques lors d'un stage théorique puis d'un stage pratique. Le premier fut réalisé en IME* lors de ma première année de formation. Et c'est l'unité d'addictologie du réseau de santé du Bessin en Normandie et son responsable, le Docteur Pierre, qui me permirent de faire ma toute première expérience en tant qu'Art-thérapeute stagiaire.

L'étape de la rencontre avec le patient alcoolique :

Contrairement à certains de mes collègues de formation, je n'avais pas à l'avance décidé du public avec lequel j'aimerai réaliser mon stage pratique d'Art-thérapie. Le responsable de l'unité d'addictologie a décidé de m'accorder sa confiance et c'est grâce à lui que j'ai pu découvrir l'alcoolisme et les nombreuses personnes touchées par cette maladie.

Si nos compétences artistiques sont reconnues lors de l'arrivée en formation d'Art-thérapie, nos connaissances thérapeutiques sont, elles limitées. J'ai donc tenté d'en savoir plus sur cette pathologie grâce aux moyens qui m'étaient accordés, autrement dit, les livres. Ceux-ci m'ont aidé à définir l'alcoolisme, à identifier les caractéristiques des personnes touchées, à connaître les acteurs du soin et leurs stratégies d'aide aux malades. Mais ces livres ne sont rien sans l'expérience pratique, la rencontre avec ces patients qui nous apprennent mieux que n'importe quel ouvrage ce que c'est que de vouloir être soigné.

Je ne m'étais prédestinée à aucune pathologie pour réaliser ce stage. L'alcoolisme, comme toutes les maladies qu'on connaît mal me faisait peur. Mais la rencontre avec les patients que j'allais suivre, allait vite chasser toutes ces appréhensions.

Mes 15 années de conservatoire de dentelle et les connaissances théoriques acquises en formation ont été mises au service d'autrui et notamment de quatre patients addictifs. Et mes certitudes, mes questionnements, ont été enrichis de cette expérience pleine de générosité.

Les nombreux professionnels qui entourent les malades addictifs et en particulier alcooliques essaient chacun à leur manière d'apporter une réponse à la souffrance du patient. Ma réponse à moi, s'appelle l'Art-thérapie et le mémoire que vous avez entre les mains a pour but de vous montrer l'intérêt d'une pratique à dominante dentelle avec des patients alcoolo dépendants.

Les pages qui font suite à cette introduction décrivent donc cette expérience pratique, son analyse et la discussion qui en découle.

Sous la direction de mademoiselle Sivert, mon maître de mémoire, l'écrit s'est articulé en trois parties.

Dans un premier temps, j'ai tenté d'établir les caractéristiques de la technique artistique choisie ainsi que celle de la problématique thérapeutique rencontrée en stage.

Puis au regard de ces observations, j'ai émis une hypothèse de recherche à soumettre au contrôle de l'expérience.

Dans la seconde partie de ce mémoire, j'ai décrit mon expérience pratique au sein de l'unité d'addictologie du Réseau de Santé du Bessin en Normandie.
L'équipe médicale et paramédicale y est détaillée ainsi que son rôle dans le processus de soin de l'alcoolique.
Deux études de cas me permettent quant à elles de décrire les prises en charge Art-thérapeutiques ainsi que les principes évaluatifs.
Enfin, à l'issue de ces études, une conclusion est donnée à l'hypothèse énoncée en première partie.

Dans la dernière partie, il s'agissait d'argumenter et de discuter certains points, de nature à faire évoluer le sujet de mes recherches ou d'émettre de nouvelles hypothèses.
Afin de trouver les points à développer dans ma discussion, je me suis remémorée les différentes étapes de mes prises en charge en Art-thérapie.
J'ai ainsi pu identifier les phases qui m'ont posé question afin de les développer et d'émettre de nouvelles hypothèses de recherche en Art-thérapie.

Bien entendu, tout ce qui est écrit dans les pages suivantes est modestement basé sur mes recherches et ma propre expérience. Ce travail a ses limites et j'espère que mes futures pratiques, ou les travaux de futurs étudiants en Art-thérapie préciseront encore davantage ce travail.

Ce mémoire est une conclusion donnée à toutes mes années d'études et d'expériences de vie. J'espère que mon plaisir de l'écrire transparaît dans cette introduction et qu'elle vous donne envie de lire la suite…

I- Proposition d'une hypothèse liant ma dominante artistique à une pathologie addictive

A- Les dentelles contemporaines utilisent la technique artisanale à des fins artistiques

1- L'Art est une activité humaine d'expression

a- La définition de l'Art a évolué avec les hommes

Selon E.H Gombrich, dans son ouvrage intitulé « Histoire de l'Art », l'Art n'a pas d'existence propre, il n'y a que des artistes. Nous admettons alors que pour aborder l'Art, il faille aborder l'être humain. [1]

En effet, en des temps très lointains, ce furent des hommes qui, à l'aide d'un morceau de terre colorée, ébauchaient les formes d'un bison sur les parois d'une caverne ; de nos jours, ils achètent des couleurs et font des affiches. Entre ces deux périodes, l'homme a réalisé de nombreuses choses et il n'y a aucun inconvénient à nommer « Art » l'ensemble de ces activités, à condition toutefois de ne jamais oublier que le même mot recouvre cent choses diverses.

L'ouvrage « Tout savoir sur l'Art-thérapie », de Richard Forestier, fait quant à lui état dans son premier chapitre des différents sens donnés à l'Art au cours de l'histoire. [2]
De la préhistoire à l'antiquité, une lente progression confirme la confusion initiale qui existait entre l'Art et la religion.
Les penseurs de l'antiquité, eux, ont su les premiers, exposer le problème de l'attirance de l'homme vers la beauté.

Mais l'antiquité et le Moyen Age attribuent aussi à l'Art une valeur utilitaire.
C'est avec la Renaissance et un artiste comme Michel Ange qu'une nouvelle réflexion esthétique* va s'imposer et d'abord associer définitivement Art et Beauté, puis faire de l'œuvre d'Art une œuvre qui se suffit à elle-même et qui doit être considérée pour le seul plaisir qu'elle procure.
Suite à cette période d'affirmation de l'expression de la beauté dans l'œuvre d'Art, ce sont les styles, écoles et courants aussi divers que variés qui vont mettre en évidence le rôle de la personnalité de l'artiste dans la nature même des formes produites.
Alors que les philosophes du 18ème siècle distinguent le beau du sentiment de beauté, les artistes déterminent des courants baroque*, romantique*, ou impressionniste*.
Pour en arriver à la fin du 19ème siècle et début du 20ème, où l'intérêt porté à l'esprit de l'homme, amène naturellement l'activité artistique dans les lieux de soins psychiatriques et où l'art brut comme le nommait Jean Dubuffet fait son apparition.

---

[1] GOMBRICH. E.H, *Histoire de l'art,* Phaidon édition, 2006. P.21

[2] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie,* Favre édition, 2007. P.16

Ainsi, chaque société, chaque époque, chaque groupe humain et chaque génération, mais également chaque individu, propose une définition différente de l'Art.
Et tous ces sens donnés à l'Art sont autant de tremplin de réflexion à ne pas confondre avec des vérités absolues.

b- Le caractère expressif de l'Art est indispensable à certains hommes

L'Art existe depuis que l'homme existe, ce qui permet d'affirmer qu'il revêt un caractère indispensable pour ceux qui s'y adonnent. Donc, nous pouvons, tout naturellement, nous poser la question de l'importance de l'Art dans les activités humaines et plus généralement dans la vie des êtres humains.
L'Art, c'est établir ou inscrire dans la matière et dans l'espace la vision intérieure d'un individu : vision qu'il a du monde réel qui l'entoure, vision de sa vie intime spirituelle.
L'Art est donc une activité privilégiée d'expression, qui sollicite l'être humain et l'incite à s'inscrire dans la communauté des hommes.
Il est important de noter cependant que si l'expression nourrit l'Art, toute expression n'est pas Art.
La recherche esthétique dans l'Art permet à l'homme de développer son goût, son style, sa sensibilité et ses facultés physiques et spirituelles. L'Art dépasse alors la simple manifestation artistique pour répondre à une fonction existentielle humaine qu'est le sens à donner à sa vie.

Cependant, il est nécessaire d'indiquer que tous les hommes ne sont pas sensibles à l'Art et que l'artiste, le contemplateur comme l'indifférent doivent être respectés.

2- L'artisan et l'artiste ont l'Art pour origine commune, mais le sens donné à leurs œuvres les a différenciés

a- Nos ancêtres liaient Art et artisanat

Etymologiquement, l'artiste et l'artisan ont tous deux la même racine « art » qui vient du latin « art, artis » qui signifie le talent et le savoir-faire, et « artes » qui signifie œuvre d'art.

Pour les Grecs, l'Art était d'abord une teckné, c'est-à-dire une technique, une habile façon de s'y prendre dans un domaine donné. Ainsi, l'antiquité ne faisait pas de différences strictes entre le métier de l'artisan et l'activité de l'artiste et considérait que le potier et le poète étaient tous deux des hommes de l'Art. L'artiste n'était considéré que comme l'exécutant, la main d'un Dieu-créateur qui lui seul avait le génie. L'Art était en effet d'abord vu comme une habilité, une méthode acquise par apprentissage et reposant sur des connaissances empiriques*.

Cependant, au fil des siècles, la différence entre l'artiste et l'artisan devient plus marquée.

A la renaissance, l'artiste n'est plus alors un artisan particulièrement habile mais un homme doué de génie et capable de créer.

La distinction sera définitivement consommée au 18ème siècle, lorsque les Arts et métiers et les Beaux Arts deviennent deux pratiques distinctes.

On pourrait penser que c'est la recherche esthétique dans l'Art et la technique dans l'artisanat qui fait leur différence et pourtant on retrouve ces caractéristiques dans les deux professions.

En effet, il est difficile de s'appuyer sur la beauté des œuvres pour les différencier puisque justement, les œuvres artisanales sont parfois considérées si belles, qu'elles sont envisagées comme des œuvres d'Art.

De la même manière et contrairement à ce que l'on peut prétendre, l'artiste n'est pas l'inspiré qui crée sans effort. Il ne peut acquérir la maîtrise de son art qu'en l'exerçant.
Bien entendu, nous pouvons dire que la recherche esthétique est plus importante chez l'artiste et que la technique est davantage exploitée par l'artisan mais ce n'est pas cela qui différencie clairement ces deux métiers.

b- L'œuvre de l'artisan, par sa finalité utilitaire, se dégage de celle de l'artiste

Ce qui caractérise l'artiste par rapport à l'artisan n'est ni une question de savoir-faire, ni de beauté. C'est le sens et la finalité de leurs œuvres qui les différencient. Si l'artisan produit un bel objet utile, l'artiste crée une œuvre qui se donne à voir et nous donne à voir, indépendamment de toute finalité pratique et utilitaire.

Nous pouvons penser, pour illustrer ce point, à l'œuvre *cinq rangées encadrées* de Jeff Koons.

Figure 1 : Œuvre de Jeff Koons

Qu'est ce qui distingue les ballons encadrés de Koons, de ballons de basket éventuellement créés par un artisan ? Si les ballons de l'artisan sont créés pour être utilisés sur un terrain de jeu, les ballons de Koons sont des pièces artistiques parce qu'ils sont détournés, affranchis de leur utilité première. Ils ne sont pas exposés au regard en tant que ballons mais en tant que signes : l'artiste nous invite à penser. Cette analyse peut être illustrée aussi par le biais de l'exemple des poteries exposées dans les musées. Les poteries, amphores* ou assiettes de l'antiquité par exemple, sont considérées aujourd'hui comme des œuvres d'art, ce qui tient à deux choses : d'une part, au fait qu'elles ne sont plus « utilisées », elles sont dégagées de leur finalité originelle ; d'autre part, au fait qu'elles sont rares et uniques.

L'œuvre d'art est le fruit d'une conception, et non simplement d'une habilitée technique ou d'une réussite esthétique. Elle ne flatte pas seulement les sens mais invite l'esprit à réfléchir.
L'œuvre de l'artisan peut être aussi belle que celle de l'artiste, si l'intention est de créer une pièce utile, l'œuvre de l'artisan reste une œuvre artisanale.

3- L'importance de la technique d'apprentissage artisanale est une des spécificités de la dentelle

a- Définition du mot dentelle d'après le livre intitulé « ouvrage de dames »[3]

Dentelle : N.f. Dérivé de dent ; le mot remplace progressivement du 16ème au 17ème siècle l'ancien mot « passement* ».
Tissu fin, ajouré, réalisé à l'aide d'outils divers, à la main ou à la machine, au moyen d'une combinaison de fils. La dentelle dérive de la broderie par allègement puis suppression du fond.

On distingue 4 techniques de dentelles :

- la dentelle à l'aiguille, la plus ancienne, qui s'exécute sur un support provisoire, un parchemin, sur lequel on ménage un bâti de fils auxquels on rattache d'autres fils. Cette technique est d'origine italienne, sans doute de Venise ; elle apparaît à la fin du 15ème siècle. Elle est utilisée dans les points de Venise et d'Alençon ; voir n°1
- la dentelle au crochet, dont le fil forme de petites boucles prises les unes dans les autres ; elle est plus connue sous le nom de « dentelle d'Irlande » ; voir n°2
- la dentelle mécanique, apparaît dès la fin du 18ème siècle en Angleterre et se perfectionne tout au long du 19ème siècle avec notamment l'application du métier Jacquard* à sa fabrication. Aujourd'hui, elle a supplanté presque totalement la dentelle à la main, dont elle imite toutes les réussites ; voir n°3
- La dentelle au fuseau, s'exécute à l'aide d'une planche, le carreau, rembourrée comme un coussin, sur laquelle est placée une bande de parchemin piqué d'épingles suivant un dessin précis. Les fils sont attachés à des fuseaux qui sont entrecroisés par les mains de la dentellière pour former un dessin qui suit celui inscrit sur le parchemin. Cette technique est de peu postérieure à la technique de l'aiguille. Les dentelles de Bruxelles, de Malines, de Valenciennes, de Chantilly, du Puy,… sont faites au fuseau ; voir n°4

[3] THERESE DE DILEMONT, *Encyclopédie des ouvrages de dames*, Edition Française, 1900.

b- La mode du 16ème siècle inscrit la dentelle dans le monde artisanal

La dentelle n'apparaît que vers le milieu du 16ème siècle dans le monde occidental. Elle est née d'un luxe nouveau issu de préoccupations d'hygiène et d'élégance, celui de la chemise de toile fine rendue apparente au cou et aux poignets qui, dans la mode nouvelle, sillonnait les habits.
En France, c'est Catherine de Médicis qui s'en para lors de son mariage avec Henry II. Sous Louis XIV, la profusion des manchettes, des coiffes et des cols développa considérablement le marché. Tandis que sous l'empire, les femmes raffolèrent des châles en dentelle dite de « Chantilly ».

Figure 3 : Exemples de collerettes et coiffe en dentelle

Ci-dessus, trois tableaux représentant des collerettes et une coiffe Bayeusaine en dentelle, tirés de l'ouvrage de Janine Montupet et Ghislaine Schoeller, « Fabuleuses dentelles ».

Sous Colbert, la France prend un rang important dans la création de dentelle grâce notamment à l'ouverture de plusieurs manufactures*.
Dans certaines régions comme le Puy en Velay, chaque famille possédait un, voire deux carreaux à dentelle et les dentellières travaillaient à domicile.
L'essor commercial est à son apogée en 1776, car du fait des exportations hors de l'hexagone, la dentelle occupe 80000 personnes en France.

Ainsi, l'origine artisanale de la dentelle est appuyée par le fait qu'elle servait la mode de l'époque. Lingerie, vêtements, bijoux, mais également napperons, rideaux, mouchoirs sont réalisés en dentelle. Bien entendu, l'esthétique de cette parure n'est pas à négliger, mais la dentelle n'est pas considérée comme une œuvre d'art car elle a pour fonction de servir de menus agréments accompagnant le linge.

Cette industrie de la dentelle s'est poursuivie jusqu'aux années 1920, date à laquelle sont apparus les premiers métiers mécaniques qui causèrent la mort des manufactures de dentelles à la main.

c- Base d'apprentissage de la technique aux fuseaux

La technique que j'ai apprise depuis de nombreuses années est celle de la dentelle aux fuseaux et je vais tenter dans ce chapitre de vous en enseigner les bases.

Comme outils de travail, il faut se munir d'un métier à dentelle, d'un carton, d'épingles, de fil et de fuseaux.

Dans un premier temps, il faut fixer solidement le carton sur le métier à dentelle. Le carton est en fait un dessin qu'il faudra suivre pour réaliser la dentelle. Quant au métier, il s'agit d'un rond ou d'un cube de polystyrène recouvert de tissu et encastré dans du bois où l'on vient piquer les épingles.
Ensuite il faut installer le fil sur les fuseaux et les placer sur le carton à l'aide d'épingles.

Figure 4 : Les outils utilisés

La dentelle aux fuseaux se fait toujours, à quelques rares exceptions près, avec quatre fuseaux, ou deux paires en même temps. La dentelle est un tissage formé de torsions et de croisements de ces fuseaux.

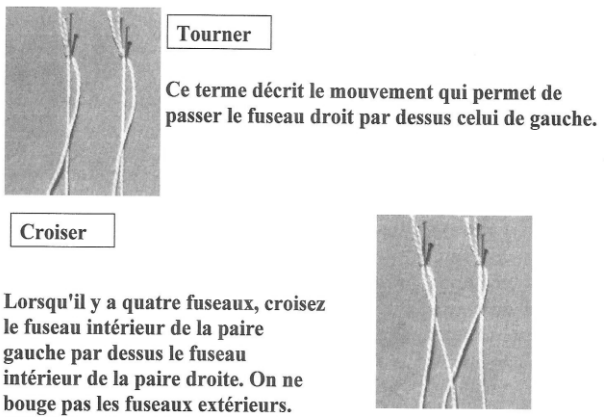


Figure 5 : Explication terminologique

Ci-dessous, trois cartons qu'ont pu découvrir mes patients lors des séances d'Art-thérapie. Chaque carton leur a permis de s'entraîner à réaliser un ou plusieurs points. Ces points sont acquis les uns après les autres lors de l'apprentissage. Après s'être exercé sur ces bandes d'essais ou les motifs sont répétés plusieurs fois, on peut lier différents points, lors de la réalisation d'un napperon par exemple.

Le fond torchon	Le point de toile	La coquille
Base du point : Tournez/Croisez	Base du point : Croisez/Tournez/Croisez	Base du point : Tournez/Croisez x2

Figure 6 : Exemples de cartons de réalisations

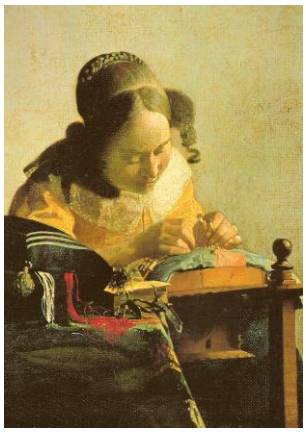


Figure 7 : *La dentellière* de Vermeer

Le tableau de Vermeer permettra à ceux qui n'ont jamais vu de dentellière au travail d'apprécier la posture, la délicatesse et la concentration à adopter pour réaliser un tel ouvrage.

L'ensemble des métiers artisanaux ont ce point commun de chercher à transmettre un savoir faire au fil des générations. L'apprentissage de la technique est donc un élément fondamental en dentelle sur lequel je vais m'appuyer pour fonder mon hypothèse de recherche en Art-thérapie.

Cependant, il me semble important de rappeler que de nos jours, les métiers artisanaux souffrent car ils n'arrivent pas à s'arracher aux formes du passé qui ne correspondent plus aux besoins du jour.
Pour exemple, les ébénistes traditionnels réalisent des meubles avec la même perfection que ceux de leurs ancêtres du 18ème siècle. Ce savoir-faire est précieux car il faudra toujours restaurer du mobilier d'époque, voire le reproduire à l'identique mais le renouvellement des productions désormais mieux adaptées à l'esprit contemporain est nécessaire pour que l'artisanat continue à vivre et à évoluer.
La dentelle est d'ailleurs un bel exemple d'une technique artisanale qui a su trouver sa place dans le monde artistique contemporain.

4- Une des évolutions possible de la dentelle est de collaborer avec le monde artistique

a- Respect du savoir faire et renouvellement des productions sont les objectifs du conservatoire de la dentelle

Les cartons que je vous ai présentés dans le chapitre précédent sont ceux utilisés par les professeurs du conservatoire de la dentelle de Bayeux. Il s'agit des mêmes cartons que ceux utilisés pour l'apprentissage des futures dentellières des manufactures du 16ème siècle.

L'objectif du conservatoire étant de ne pas laisser disparaître le « savoir faire dentellier », il me semble important que l'apprentissage de la technique reste identique à celle transmise depuis des générations d'artisans.

Cependant, comme je l'ai dit plus haut, le renouvellement des productions est nécessaire pour l'artisanat et il me semble que c'est également le rôle du conservatoire que de concevoir un avenir à cette technique.

Ce renouvellement peut être constaté lorsque l'on observe les productions dentellières actuelles.

On peut remarquer notamment que les napperons ou les marques pages réalisés à la manière de nos ancêtres ne sont plus posés sur des tables ou dans des livres mais bels et bien encadrés pour orner les maisons. A la manière des poteries de l'antiquité évoquées dans le chapitre B, la dentelle est ici dégagée de son utilité et considérée comme une véritable œuvre d'art.

Cette petite évolution dans la façon d'envisager les productions montre bien que les dentellières actuelles commencent à comprendre que pour assurer l'avenir de la dentelle il ne faut plus la concevoir uniquement que comme une technique artisanale.

Dans son livre intitulé, « la sagesse de la dentellière », mon professeur Mylène Salvador, nous explique justement sa façon de concevoir l'avenir de la dentelle : [4]

« Etre dentellière aujourd'hui, c'est aller à contre courant, contre la rentabilité. La dentelle à la main requiert un temps infini, qui la rend de nos jours parfaitement démodée… le métier de « néo dentellière » peut avoir de beaux jours devant lui, à condition qu'il s'adapte à la modernité pour s'offrir une seconde vie.
Mes dentelles ne ressemblent guère aux pièces du 18ème siècle…elles s'en inspirent par leur technique de réalisation et ne pourraient exister sans elles…mais je m'autorise des hybridations. J'emploie la tradition comme une palette, j'y pioche ce qu'il me faut.
L'artisanat défend une transmission du savoir-faire que je trouve souvent rigide et surtout unilatérale…je veux que mon élève comprenne qu'il peut lui aussi trouver une façon de faire, que ma manière n'est ni la seule ni forcement la meilleure.
Au lieu de me cantonner à la reproduction fidèle selon la tradition, j'ai tenté d'améliorer l'esthétique des pièces, par exemple en fendant l'ensemble. La rigidité de certains cartons disparaît pour laisser place à des traits plus vibrants, moins strictement identiques, en un mot plus vivants.

[4] SALVADOR MYLENE avec la collaboration de SOLVES JULIETTE, *La sagesse de la dentellière*, L'œil neuf éditions, 2009. P.7, 8, 15, 16, 22, 28, 33, 34, 65

Deux motifs réalisés selon la même technique par deux personnes différentes révèlent deux interprétations différentes. Une technique, c'est un outil, un très bel outil, mais pas une fin en soi. Il faut se l'approprier, la vivre de l'intérieur, l'adapter à soi.
De la néo dentellière, j'attends une telle capacité d'adaptation, de réflexion, d'audace dans la logique et dans le geste pour offrir à la dentelle des perspectives nouvelles. »

Ainsi, Mylene Salvador a fait le choix d'exploiter sa maîtrise du savoir faire artisanal pour servir le monde artistique.

Madame Salvador a pu collaborer avec différents artistes contemporains comme Johan Creten, Ghada Amer ou encore Paul-Armand Gette et a mis en pratique son savoir faire au service de l'Art.

b- La dentelle est également considérée comme une dominante artistique à part entière.

Ci-dessous, est présentée une pièce d'Annette Messager où la dentelle est complètement détournée de son aspect utilitaire d'origine.

Figure 8 : *Pénétration* d'Annette Messager

Extrait du livre « Métissage », faisant état d'une collection d'œuvres textiles contemporaines : [5]

« Pour Annette Messager, la dentelle évoque un univers chirurgical par son aspect très précis, frôlant pour des profanes* la maniaquerie et l'obsessionnel, amplifié par le fond sonore du cliquetis des fuseaux qui rappelle étrangement le tintement des outils chirurgicaux. Ce travail méticuleux exercé dans ces deux disciplines a permis à l'artiste d'amener une réflexion sur son travail en interrogeant avec malice la dentelle aux fuseaux et sa technique pour illustrer sa grande carte du corps. La dentelle est pour Annette Messager, un réseau de fils ; ce dernier constitue une phase technique essentielle à la fabrication d'une dentelle aux fuseaux comme d'une dentelle à l'aiguille, il donne en résultat l'apparence d'un tulle*. De cette analyse il n'y avait qu'un saut à faire pour passer du réseau de fils à la circulation sanguine, qui alimente et fait vivre les différents organes. » Yves Sabourin (inspecteur de la création artistique, chargé de mission pour le textile et l'art contemporain.)

[5] CATALOGUE D'EXPOSITION, *Métissages,* 1998. P.61

Après plusieurs années d'apprentissage de la technique, j'ai moi-même pu exploiter cet aspect artistique de la dentelle lors de mes études aux Beaux arts et j'ai donc pleinement conscience des possibilités artistiques que peut offrir la dentelle.

Ainsi, dégagée de toute utilité lorsqu'elle est employée pour la réalisation d'une œuvre d'Art, la dentelle perd son caractère artisanal pour devenir technique artistique à part entière. Il semble évident que pour certains fervents conservateurs de l'artisanat, ce type de discours peut choquer mais il s'agit simplement ici d'évoquer une façon de concevoir l'avenir de la dentelle qui n'est ni la seule, ni la meilleure, mais qui nous permet de montrer que la dentelle a bien sa place en tant que dominante Art-thérapeutique.
Cependant, si le caractère utile de la dentelle qui l'inscrivait dans l'artisanat est mis de côté en Art-thérapie, la technique d'apprentissage et le savoir faire sont quant à eux conservés et c'est d'ailleurs ce qui fait la spécificité de cette dominante.

B- Définir la pathologie alcoolique, c'est mettre en avant certaines caractéristiques communes aux patients

1- L'usage originel des produits psycho actifs est médical mais devient pathologique en cas de dépendance physique et/ou psychique

On appelle produit psycho actif, toute substance chimique qui influe sur l'activité mentale. De manière plus générale, on nomme ces produits, drogues.

Le mot « drogues » représente à la fois, pour nos sociétés modernes, l'incarnation du mal absolu et l'espoir illusoire de vivre mieux ou moins mal.

Historiquement, toutes les drogues, sans exception, ont été recherchées et utilisées à l'origine pour leurs effets bénéfiques réels ou supposés.
Aujourd'hui, certaines de ces substances possèdent des propriétés pharmacologiques qui conduisent à les utiliser couramment dans une perspective thérapeutique sous forme de médicaments avec des posologies* adaptées. C'est le cas par exemple de la morphine et de ses dérivés.

D'autres drogues, au contraire ne sont pas, ou plus, utilisées en médecine : il s'agit des produits dont la toxicité est apparue dès les plus faibles doses (par exemple l'ecstasy) ou de ceux pour lesquels le bénéfice thérapeutique n'a pas encore été clairement démontré. Le débat sur le cannabis thérapeutique illustre cette situation.

Que l'on soit pharmacologue, médecin clinicien ou juriste, les drogues sont tour à tour remède ou poison, ce qui fait toute l'ambiguïté du débat sur leurs conditions.

En dehors d'une utilisation médicale, les motivations à consommer ces drogues sont multiples et toujours semblables, liées aux événements heureux et douloureux de la vie : rechercher ou retrouver du plaisir, rompre l'ennui, ne pas souffrir, surmonter un obstacle, une rupture, une perte, améliorer ses performances, oublier tout simplement qu'on ne s'aime pas ou que la vie paraît parfois intolérable…

Dans son livre intitulé « l'économie addictive », Jean-Paul Descombey cite Joyce Mc Dougall pour qui, les conduites d'addiction sont banales, universelles, pouvant être employées par tout un chacun quand nos capacités habituelles de défense, de contention*, d'élaboration sont dépassées par un évènement extérieur ou intérieur ; ce qui peut pousser à boire, manger, fumer plus que de coutume, à prendre des médicaments… ou se jeter dans des relations, sexuelles ou autres, de même visée. [6]

On a progressivement pris conscience que la manière de consommer, la personnalité, l'histoire et le comportement du consommateur jouaient un rôle central et permettaient notamment d'évaluer le risque encouru.
Cette approche fondée sur les produits, a conduit plusieurs experts et notamment le Pr. Parquet (président du conseil d'administration de l'observatoire Français des drogues et des toxicomanies) à distinguer **l'usage, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance.**

L'usage désigne une consommation qui n'induit pas de complications somatiques* mais peut comporter des risques dans certaines circonstances (conduite automobile) ou pour certaines personnes vulnérables (femmes enceintes).

L'abus se caractérise par une consommation importante et répétée entraînant des dommages sanitaires* et sociaux pour la personne concernée et/ou pour son environnement.

La dépendance, ou addiction désigne le besoin impérieux d'absorber certaines drogues afin de faire cesser les troubles physiques et/ou psychiques dus au sevrage*.

La dépendance physique est un phénomène purement pharmacologique : le fait de répéter les prises de produit modifie les réactions physiologiques de l'organisme qui s'adapte à cette nouvelle molécule. L'interruption de consommation met en évidence le déséquilibre qui s'est installé. Le consommateur sevré devra attendre plusieurs jours, souvent dans des souffrances importantes, pour retrouver l'équilibre initial.
La dépendance psychique est liée au plaisir que procure la drogue : le cerveau est un organe qui apprend dès la naissance à mémoriser les signaux qui annoncent une récompense. Il apprend donc très vite tous les éléments associés à la prise de produit. C'est au moment où les signaux annonciateurs apparaissent dans l'environnement sans qu'il puisse y avoir de consommation que le manque, la dépendance psychique, se fait ressentir.

Ainsi, l'utilisation de produits psycho actifs devient pathologique*, lorsqu'elle est pour le sujet la solution unique, exclusive, contraignante pour résoudre ses problèmes.

Goodman (Psychiatre anglais) a établi en 1990 un ensemble de critères permettant de détecter un trouble addictif. Celui-ci se base sur deux éléments fondamentaux :

- L'impossibilité répétée de contrôler un comportement
- La poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives

[6] DESCOMBEY JEAN-PAUL, *L'économie addictive, l'alcoolisme et autres dépendances,* Dunod, 2005. P.72, 73

2- L'alcool est un des produits psycho actifs qui peut créer une dépendance et nécessiter un suivi thérapeutique

a- L'alcool est un produit symbolique de l'histoire des hommes

L'alcool est un produit naturel obtenu par fermentation* puis par distillation* et qui peut naître sans la moindre intervention humaine.
Mais on remarque que l'histoire des boissons alcooliques est intimement mêlée à celle de l'homme.

Les alcoolisations changent au gré des religions, des cultures, des économies, des modes locales ou importées de l'étranger, mais subsiste une constante : l'alcool est l'une des substances créatrices d'états paradisiaques dont la recherche est une conduite inhérente au patrimoine socioculturel de l'humanité.
Initialement réservée à certaines occasions culturelles ou rituelles, car le produit était rare, la consommation d'alcool s'étendit peu à peu à l'ensemble de la population.

L'alcool est de nos jours, partout présent. Au-delà du simple plaisir gustatif, il ponctue nos journées dans des habitudes et des rituels à forte charge symbolique. L'alcool est au cœur de l'image traditionnelle de l'homme et reste profondément enraciné dans la culture française : indissociable du repas (notamment le vin), mais aussi d'un certain art de vivre, il est également perçu comme un symbole de virilité par les hommes.

b- L'alcool peut être toxique pour l'être humain

L'alcool est donc depuis les origines de l'homme un véritable « marqueur de civilisation ». On le retrouve dans tous les actes de la vie sociale, religieuse, politique, économique, avec les mythes* culturels qui l'accompagnent. Euphorisant, l'alcool est aussi un toxique dangereux pour l'organisme humain.

En effet, d'un point de vue physiologique, l'alcool ingéré est absorbé très accessoirement au niveau de l'estomac. L'absorption hautement modulée par la vidange gastrique se fait essentiellement au niveau de l'intestin grêle. L'alcool passe alors dans le sang d'où il se diffuse très facilement. Transporté par le sang de la veine porte, il traverse le foie et gagne le cœur droit, puis la petite circulation, d'où une discrète élimination pulmonaire ; il pénètre ensuite dans le cœur gauche et la grande circulation, il y a passage dans tous les organes et il y a diffusion de cette petite molécule hydrosoluble avec appréciable coefficient de partage, eau, graisse, dans tout l'espace eau de l'organisme ainsi qu'une discrète élimination par le rein. Par l'aorte, le tronc cœliaque et l'artère hépatique, l'alcool retourne au foie où il subit un important catabolisme.

Du point de vue psychologique, l'alcool éthylique ou éthanol* est un psychotrope, c'est-à-dire une substance capable de modifier le comportement psychique.
En plus des effets cliniques comme l'abolition de la timidité, la réduction des tensions internes, de l'anxiété, le gommage des soucis, des chagrins, la levée des inhibitions* et la possibilité de s'évader, de créer, l'alcool est doté de propriétés psychopharmacologiques* et neurobiochimiques* :
- Action sédative*
- Action anxiolytique*
- Action relaxante musculaire
- Action anticonvulsivante

Mais la sensation de bien être obtenue par l'alcool devient vite un besoin de plus en plus impératif ou plutôt celui de la fuite du mal-être qui se majore en lui.
A quantité égale d'alcool, le « bienfait » ressenti diminue par suite d'une augmentation de la tolérance de l'organisme à l'alcool, d'où nécessité d'augmenter les doses de ce produit dont on ressent de plus en plus l'appel, d'autant que peut intervenir un début d'état de manque. L'inquiétude apparaît. La communication se coupe avec autrui au lieu d'être facilitée, il existe des manifestations d'agressivité et de violence.
On commence à quitter l'usage « bénéfique » de l'alcool « médicament » psychotrope* pour entrer dans le registre alcool « drogue dure », mais licite*, inducteur de dépendance.

c- Définition de l'alcoolisme selon Henry Gomez

L'alcoolisme, terme crée en 1849 par un médecin suédois, Magnus Huss, a fait l'objet de nombreuses définitions, selon que l'on envisage une ou plusieurs des propriétés essentielles de l'alcool éthylique ou éthanol qui est, entre autres, un intervenant métabolique, un toxique pour les organes, un psychotrope et une drogue inductrice de dépendance.

Mais nous retiendrons ici la définition issue du livre d'Henry Gomez, « *Le malade alcoolique* » :[7]

Un malade alcoolique est un sujet alcoolo-dépendant : il ne peut contrôler durablement les quantités d'alcool qu'il prend. Il boit pour les effets psychiques que procure l'alcool : l'euphorie, l'oubli, le courage d'affronter une situation qu'il redoute…
Le type d'alcool devient de plus en plus accessoire à mesure que le sujet s'enfonce dans la dépendance. Pour le corps, ce qui compte est la quantité d'alcool et non la qualité de l'alcool. Peu importe le millésime ou le bouquet : grand cru ou vinasse, le résultat est le même. Certains alcooliques disent qu'ils détestent le goût de l'alcool.
Un malade alcoolique ne boit pas forcément de l'alcool tous les jours. Certains n'en consomment pas lors des repas ou lors des cérémonies festives. Le manque, ce besoin irrépressible de boire, s'exprime à des horaires et à des moments variables selon les individus. L'alcoolisation s'impose plus ou moins tardivement dans la journée, ou bien elle intervient, au contraire, dès le réveil, voire la nuit.
On a distingué la défonce du samedi soir des jeunes, l'alcoolisation solitaire et cachée de la femme (mais presque tous les alcooliques finissent par se cacher pour boire), le glissement progressif de la consommation excessive vers une conduite de moins en moins contrôlée et, par conséquent pathologique.
Le risque alcoolique existe à partir d'une consommation de trente grammes d'alcool par jour pour une femme et de quarante grammes d'alcool par jour pour un homme. Chaque verre, en tenant compte de ses variations de volume en fonction du type d'alcool, contient environ dix grammes d'alcool.
On peut parler de consommation excessive quand ces quantités sont dépassées de façon régulière. On peut estimer grossièrement que sur dix consommateurs excessifs, le rapport homme/femme est de sept et de trois, alors qu'en matière d'alcoolo-dépendance, le rapport est de six et de quatre.
Les quantités n'ont pas une importance décisive pour parler d'alcoolo-dépendance ; une personne peut être alcoolique sans connaître de grandes ivresses. Les conséquences de l'alcoolisation sont différentes selon les individus ; il y a des différences statistiques de résistance à l'alcool selon le sexe.

[7] GOMEZ HENRY, *La personne alcoolique*, Dunod, 1999. P.9, 10

La nocivité de l'alcool opère sur deux registres qui ne sont pas nécessairement liés : il peut exister une alcoolo-dépendance aux conséquences sociales très graves sans que le corps ait subi des dommages appréciables ; à l'inverse, peut apparaître une maladie organique* provoquée par l'alcoolisation, ce qu'on appelle une alcoolopathie, sans qu'il y ait de dépendance alcoolique manifeste ni de signes d'intolérance sociale à l'ingestion d'alcool.

En réalité, la conduite alcoolique pathologique est souvent présente, repérable en dehors même des incidents ou accidents cliniques qui peuvent intervenir. Parce que la consommation alcoolique s'inscrit dans les mœurs, elle bénéficie longtemps d'un non-lieu, jusqu'à ce qu'elle transgresse les normes sociales, normes qui dépassent les critères médicaux de risque. La condition de malade n'est pas négociable dans le dialogue avec l'alcoolique. Si on veut lui être d'une quelconque utilité, il faut commencer par lui faire admettre qu'il a un rapport « maladif » à l'alcool. Cette acceptation peut demander du temps : l'alcool donne au sujet une grande aisance pour nier les évidences les plus criantes. Au début de sa dépendance, il essaie parfois de parler à son entourage, mais celui-ci refuse la plupart du temps de l'entendre : il pense que l'alcoolisme est un vice et ne vit pas (encore) le sujet comme « vicieux ». Quand il est enfoncé dans sa dépendance, l'alcoolique refuse au contraire d'admettre ce qui a fini par s'imposer à ses familiers comme une vérité pathologique.

d- Le traitement du patient alcoolo dépendant est basé sur l'accompagnement

Le traitement de l'alcoolo dépendance a pour finalité, une meilleure qualité de vie grâce à la libération vis-à-vis de l'alcool.
Il a un impératif, l'abstinence* absolue de l'alcool qui devra rester définitive dans plus de 95% des cas.
Le traitement de l'alcoolodépendant est multidisciplinaire et requiert le plus souvent une équipe et un réseau pour mieux apprécier dans une vision globale les aspects sociaux, familiaux et matériels, les aspects psychologiques et moraux, l'état physique enfin.
Il comporte une aide de trois ordres : psychologique, biologique et sociale qui s'intègrent à des degrés et à des périodes variés dans le long combat du patient pour sa liberté.
Sauf en matière de prestations sociales, il ne s'agit en aucun cas d'une prise en charge du sujet, ce qui serait une démarche aggravante et infantilisante mais tout au contraire d'une aide pour le rendre capable de se prendre en charge lui-même.
C'est donc un accompagnement qui est réalisé au cours duquel, on suscite le désir de sevrage, on accompagne dans les temps forts, puis on s'efface devant la liberté retrouvée.
Ainsi, il s'agit fondamentalement d'un suivi relationnel s'appuyant sur une aide médicamenteuse accessoire et complété s'il y a lieu par des prestations sociales.
Ce suivi doit se faire dans un climat d'empathie* en accordant au sujet, qui ne doit ressentir aucune sensation de rejet de la part du soignant, le respect dû à tout malade sans jugement d'ordre moral. Initialement, on évitera par exemple de le traumatiser par l'exigence d'un « aveu » sur les quantités d'alcool consommées mais on s'efforcera d'apprécier l'existence ou non d'un espace de liberté vis-à-vis du produit. Toutefois, cette déculpabilisation doit s'accompagner d'une responsabilisation du patient dans la gestion de son handicap alcool.

<u>Les aspects actuels de l'offre de soins en alcoologie :</u>

- Les hospitalisations justifiées par une urgence
- Hospitalisation à la demande de tiers, le placement d'office
- Les placements en moyen (trois semaines) ou long séjour psychiatrique
- Les centres à orientation ou à spécialisation alcoologique

- Les mouvements d'anciens buveurs
- Les services d'hépatologie* ou de médecine interne
- Le centre de postcure

Soigner ne vise pas à supprimer le symptôme pour faire entrer dans les normes mais à en comprendre le sens et à aider l'alcoolique à vivre avec ses particularités et ses différences afin qu'il devienne progressivement son propre soignant.

3- Des caractéristiques communes aux malades alcooliques ont pu être établies

a- *Les points communs dans la façon d'agir des patients alcoolo dépendants ont permis d'établir le profil du malade*

D'après l'ouvrage de Monsieur Gomez, intitulé, « soigner le malade alcoolique » des caractéristiques communes aux malades alcooliques ont pu être établies. [8]

Dans un premier temps, on constate fréquemment une immaturité psychologique et affective qui se traduit notamment par :

- La difficulté à entendre et à communiquer
- La difficulté à vivre sous le regard de l'autre. L'enfant commence par savoir s'il a bien ou mal agit selon la réaction de ses parents. Le sujet immature perpétue à l'âge adulte cet état d'esprit qui consiste à se définir dans le regard des autres. Et ce regard est longtemps une hantise pour l'alcoolique. Pour exister, il doit échapper au regard envahissant des siens et s'affirmer malgré les autres.
- La fuite dans le paraître : le malade accorde une importance toute particulière à son apparence qui répond à une perturbation de l'image de soi.
- Le besoin de jouer un rôle : le « faire comme si » correspond à un mode de défense de l'alcoolique. Il joue un rôle qui va flatter son « ego* » et lui permettre une réassurance superficielle.
- L'absence de sentiment d'identité : l'alcool exprime et renforce le sentiment d'inexistence ressenti par les alcooliques. A force de fuir les problèmes, d'éviter les responsabilités, ils ne savent plus ce qu'ils sont, ce qu'ils pensent, ce qu'ils font, ce qu'ils aiment vraiment.
- Le besoin de protection : l'alcoolique cherche souvent par l'alcool à s'isoler au sein d'une enveloppe qui protège des douleurs et des peurs.
- L'accrochage au semblable : en raison des difficultés à trouver son identité, l'alcoolique s'adapte en s'accrochant à la personnalité de l'un de ses proches.
- L'absence d'autonomie : il est préoccupant de constater combien certains malades ont des difficultés à progresser vers l'autonomie. Le moindre inconvénient suffit à dissuader le malade d'agir seul.
- La difficulté du deuil : disparition ou simple séparation semble difficile à gérer pour un malade alcoolique qui n'intègre généralement pas psychiquement l'absent.
- L'instabilité émotionnelle : l'alcoolique vit les choses intensément et cette sensibilité peut lui faire du tort. Une déstabilisation affective et psychique peut en résulter.

[8] GOMEZ HENRY, *Soigner l'alcoolique,* Dunod, 2002. P.115 à 123

- L'intolérance : dans l'alcool, le malade se voit des ennemis partout, il est d'une jalousie obsessionnelle et fuit la compagnie des autres.
- La fuite manipulatoire : mentir et se mentir, éviter d'aborder les problèmes les plus urgents, tenter de s'attirer les bonnes grâces d'interlocuteurs successifs, tenter de séduire plutôt que d'affronter le réel avec ses moyens est presque une seconde nature chez l'alcoolique.
- L'intolérance à la solitude : habitué à se fuir en raison de l'image dévalorisée de lui-même, l'alcoolique a souvent une grande difficulté à affronter la solitude.
- Le déni*, les mensonges, les esquives : en se banalisant ou en évitant le dialogue, le malade cherche à se protéger.
- L'orgueil et l'entêtement : l'orgueil de l'alcoolique est un véritable obstacle à son rétablissement.
- Le manque et la réserve d'amour : beaucoup ont des problèmes persistants à faire vivre simultanément leurs amours, leur raison et l'exercice de leur liberté.

b- Les alcooliques ont une difficulté toute spécifique à appréhender la réalité

Dans un second temps, Monsieur Gomez fait état de cette caractéristique de l'alcoolique qui utilise l'alcool pour fuir la vie quotidienne et ses douleurs. Cela se traduit par :

- Une confusion entre le réel et l'imaginaire : l'alcoolique a souvent beaucoup de difficultés à vivre dans le réel et dans le présent. L'alcool efface d'ailleurs les repères de temps et d'espace. L'acceptation des limites imposées par la société ne va pas de soi chez un alcoolique.
- La perte de la notion et de l'usage du temps : l'alcoolisation pathologique est une façon de tuer le temps, en même temps qu'une évasion.
- Le désir du « tout, tout de suite » : L'alcoolique admet difficilement l'imparfait, le partiel, le relatif. En conséquence, le malade souffre d'une mauvaise perception des priorités, ou, plus grave, il accepte mal la nécessité d'un investissement thérapeutique de durée indéterminée.

La liste de Monsieur Gomez, qu'on pourrait allonger, correspond à des traits de caractère qui n'ont rien de rédhibitoire*, comparés aux qualités de sensibilité, d'observation et de gentillesse de l'alcoolique.
J'ai ici fait état des différentes problématiques que peut rencontrer le patient alcoolique afin de déterminer si la dominante artistique que j'ai choisie peut apporter une réponse à ces caractéristiques.

C- L'Art-thérapie à dominante dentelle va permettre de travailler sur une des spécificités du malade alcoolique

1- Depuis les origines de l'homme et jusqu'à nos jours, l'Art fut souvent lié à la médecine

L'étude des échanges entre médecine et Art constitue à bien des égards un vaste et passionnant terrain d'exploration, riche d'enseignements réciproques.

a- Représentation de pathologies dans certaines œuvres d'Art

Il y a dans un premier temps, les représentations du corps humain et de ses pathologies dans les œuvres d'Art et notamment dans les peintures. En effet, de nombreux peintres ont tenté de représenter le plus fidèlement possible une scène d'opération ou encore les symptômes d'une maladie. L'étude de ces tableaux a d'ailleurs pu mettre en évidence l'évolution des maladies et de la médecine au travers des siècles et faire évoluer le soin. La médecine s'est enrichie de l'Art.

Figure 9 : *La leçon d'anatomie* de Rembrandt

Figure 10 : *Les trois grâces* de Rubens

Comme exemple, ci-dessus, le tableau de Rembrandt intitulé « la leçon d'anatomie » ou encore, les lésions de polyarthrite rhumatoïde* qui sont représentées dans les panneaux de Primitifs flamands ou dans ceux de Rubens. Ici, la main d'une des trois grâces est déformée par une polyarthrite rhumatoïde typique.

b- Pièces réalisées par des personnes présentant des troubles psychologiques

Dans un deuxième temps, il me semble important de parler de l'étude des œuvres de malades mentaux. Il s'agit d'une approche qui étudie les œuvres des malades et l'expression de leurs troubles. Max Simon, médecin et auteur critique sociologique (1876), fut le premier a vouloir établir une relation entre la structure des maladies et les styles plastiques.

Puis, au début du XX^{e} s, parurent, en France et à l'étranger, une série d'ouvrages et d'articles décrivant et reproduisant des œuvres de malades, les classant, les individualisant, s'attachant à déterminer les rapports entre création et affection mentale.

Figure 11 : Œuvre d'Art brut

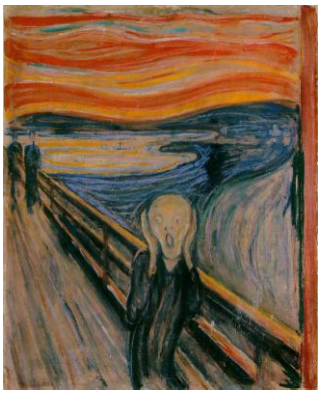


Figure 12 : *Le cri* de Munch

Certaines œuvres sont remarquables de qualité graphique et expressive ; souvent, le diagnostic vous prend à la gorge, comme le fait *Le Cri* de Munch qui symbolise l'homme moderne emporté par une crise d'angoisse. Munch n'est pas un artiste malade, mais sa vie toute entière marquée par des drames, les décès de sa mère, de sa sœur, de son père,…a fortement inspiré sa peinture qui est le symbole d'états psychologiques douloureux. Il écrit d'ailleurs que "Sans la peur et sans la maladie, ma vie serait comme un bateau sans rames". Les sources de son angoisse sont donc aussi celles de son art.

Actuellement, on a tendance à classer ces productions dans un courant nommé "Art brut", or, la dénomination est de Dubuffet pour qualifier son art.

c- Etude des pathologies de certains artistes au travers de leurs créations

Enfin, nous pouvons également analyser les pathologies de certains peintres au travers de leurs œuvres.
Il est surprenant de remarquer comment les pathologies de certains peintres ont affecté leurs productions. Cette fois, c'est l'Histoire de l'Art qui se nourrit de la médecine. Cette démarche risque de décevoir certains admirateurs, car elle bouscule l'idée de style toujours librement voulu, pour la remplacer par celle de mains et d'yeux soumis à des contraintes externes. Ce n'est pourtant qu'une donnée de plus dans l'évaluation de ce qui préside à la création artistique, et ne réduit nullement la valeur de ce que ces peintres ont produit du fait d'un handicap, et parfois en le surpassant.
Vincent Van Gogh souffrait d'alcoolisme chronique qui lui provoquait des crises d'épilepsie*. Sur le *Portrait du Docteur Gachet* est représentée une feuille de digitale*. Or, cette substance était à l'époque utilisée pour le traitement de l'épilepsie. Certains auteurs ont émis l'hypothèse que les jaunes très vifs de l'œuvre peinte sont un résultat d'un trouble de la vision lié à cette substance -une xanthopsie* pour être exacte.

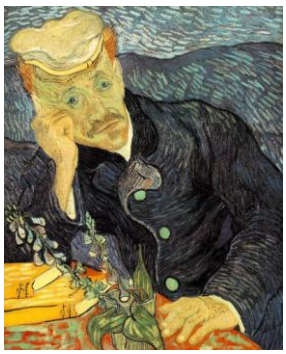


Figure 13 : *Portrait du Docteur Gachet* de *Van Gogh*

Ainsi, l'histoire qui lie Art et médecine est née il y a bien longtemps et est un sujet d'investigations très large et encore prometteuse. Ces études sont donc des voies qui permettront à l'épidémiologie historique comme à l'analyse de la création artistique de progresser.

2- Aujourd'hui, l'Art-thérapie est une discipline à part entière mais qui regroupe différents types de pensées

L'Art, les hommes et la médecine sont donc liés depuis bien longtemps déjà. Il n'est donc pas surprenant qu'une discipline paramédicale portant le nom d'Art-thérapie apparaisse il y a maintenant quelques années afin de mettre l'Art au service du soin.

Les deux modes d'approches les plus fréquemment rencontrés en Art-thérapie sont, soit celui de l'université René Descartes à Paris, soit celui de l'école de Tours.

a- Le model d'Art-thérapie enseigné à l'université René Descartes de Paris

Cette formation à pour intitulé: responsable d'atelier thérapeutique ou psycho éducatif à médiation artistique, spécialisation musique, arts plastiques ou arts de la scène.

Il est proposé à l'UFR : Institut de psychologie et Faculté de médecine René Descartes à Paris
En collaboration avec :

- L'Université Paris 3 - Institut d'Etudes Théâtrales
- L'Université Paris 4 - U.F.R. de Musique et de Musicologie
- L'Ecole Nationale Supérieure des Arts Décoratifs

Les objectifs de cette formation sont de :

Donner aux professionnels de la Santé et de la Pédagogie les moyens théoriques, méthodologiques et pratiques pour comprendre les phénomènes psychologiques et relationnels qui sous-tendent "l'activité" artistique afin :

-d'une part, qu'ils les prennent en compte dans leur pratique et

-d'autre part, qu'ils conçoivent des dispositifs adaptés aux différents publics.

Donner une qualification en harmonie avec les formations européennes.

L'Art-thérapie est ici considérée comme une forme de psychothérapie qui utilise la création artistique (dessin, peinture, collage, sculpture, etc.) pour prendre contact avec sa vie intérieure (sentiments, rêves, inconscient, etc.), l'exprimer et se transformer. Sans se préoccuper de la qualité ou de l'apparence de l'œuvre finale, la démarche thérapeutique consiste à laisser progressivement surgir ses images intérieures, qui peuvent être autant le reflet d'expériences du passé que de rêves auxquels on aspire. Le geste créateur fait appel au corps qui se met en mouvement pour créer une œuvre concrète. Dans le même élan, il sollicite l'imagination, l'intuition, la pensée et les émotions. Les images ou les formes ainsi créées, en plus de dévoiler certains aspects de soi, peuvent générer une vision et des comportements nouveaux qui contribueront à des guérisons physiques, émotives ou spirituelles.

b- L'enseignement Art-thérapeutique de l'école de Tours

Le DU d'Art-thérapie de Tours est proposé à la faculté de médecine François Rabelais.
Les objectifs sont de compléter une formation professionnelle théorique d'Art-thérapie conforme à la législation professionnelle en vigueur.
Il permet également de compléter les acquis professionnels par une formation universitaire.
Le diplôme universitaire est orienté vers l'évaluation et la recherche en Art-thérapie.

Selon l'école de Tours, l'Art-thérapie, c'est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.
L'Art-thérapeute est le professionnel qui sait orienter le pouvoir propre de l'Art vers la bonne santé des patients qui lui sont confiés.

Toutes les pathologies et toutes les techniques artistiques sont concernées par l'Art-thérapie.
Cependant, l'Art-thérapie s'adresse majoritairement aux personnes qui souffrent de troubles de l'expression, de la communication ou de la relation.

L'Art-thérapeute est sous l'autorité médicale dans le secteur sanitaire, ou sous l'autorité administrative de l'institution dans le secteur social.
L'indication en Art-thérapie est proposée par un médecin d'un commun accord avec les patients sensibles aux arts (musique, peinture, sculpture, danse, théâtre, mime, calligraphie, etc.).
L'activité peut s'exercer dans tout service hospitalier, dans tout service sanitaire et médico-pédagogique, ainsi qu'à domicile.
L'activité artistique proposée doit être adaptée au public et en accord avec le projet thérapeutique de l'établissement.

L'Art-thérapeute sait établir un protocole* de prise en charge thérapeutique (objectif thérapeutique, évaluation…) et mettre en œuvre des moyens adaptés.
Les ateliers d'Art-thérapie peuvent être mis en place en séance individuelle ou collective et leur durée est adaptée selon les pathologies ou les difficultés.
L'Art-thérapeute se doit de rédiger des bilans thérapeutiques et des rapports administratifs et doit participer aux synthèses paramédicales, médico-sociales,…

Le métier d'Art-thérapeute s'exerce en étroite collaboration avec l'ensemble de l'équipe sanitaire pluridisciplinaire ainsi que les équipes sociales lorsque les professionnels travaillent dans ce secteur.
L'Art-thérapie est aujourd'hui considérée par les professionnels comme un métier aligné sur les professions paramédicales officielles.
L'Art-thérapeute répond à un code de déontologie* relatif aux professions paramédicales officielles.

Il me semblait important ici d'indiquer que sous un même terme d'Art-thérapie, il existe plusieurs courants de pensées qui ont chacun leurs spécificités. Il est essentiel de ne pas les confondre, mais de les voir comme des pratiques différentes pouvant être complémentaires. L'enseignement que j'ai reçu est celui dispensé par la faculté de médecine de Tours.

3- L'Art-thérapie peut apporter une réponse bénéfique à de nombreuses caractéristiques de la personne alcoolique, mais pour l'une d'entre elles, il s'agit d'une contre indication

D'après Henry Gomez dans son livre « soigner le malade alcoolique », les thérapies par l'expression créative doivent être parties prenantes de l'accompagnement du malade alcoolique. [9]

Ces activités participent de la restauration de l'estime de soi, tant par l'appartenance au groupe, que par la production créatrice et par la restitution au public potentiel (expositions, spectacles, etc.).

Ces activités visent à lever le stigmate* social qui exclu et isole, à solliciter et expérimenter les compétences relationnelles mises à mal, tout en suscitant une motivation pour un travail plus personnel.

[9] GOMEZ HENRY, *Soigner l'alcoolique,* Dunod, 2002. P.286

Même si ce n'est pas l'objectif premier, ces activités sont aussi des temps d'apprentissage : apprentissage de la technique d'expression créative retenue, apprentissage des règles du groupe d'activité.

Ainsi, les nombreux troubles du malade alcoolique qui ont été décrits en chapitre B-4 peuvent être améliorés grâce à la participation à une activité Art-thérapeutique.

Pour preuve, un certain nombre de mémoires de fin d'études traitent de l'effet de l'Art sur des patients alcoolo dépendants :

Motsch, Elodie. Expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes alcooliques. 2010

Agasse, Jacques Expérience d'Art-thérapie en unité d'alcoologie Image de soi et inscriptions temporelles.2005

Ribeyre, Odile Une Expérience d'Art-thérapie à dominante musicale auprès d'alcoolo dépendants abstinents dans un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (C.H.A.A).1998

Leportier Rabault, Christine Une Pratique d'art-thérapie auprès de malades alcooliques : mise en place d'un atelier de théâtre et de jonglerie dans un centre d'alcoologie.1998

Cependant, il faut rester vigilant quant à l'une des caractéristiques du malade alcoolique. En effet, il a été dit, que les personnes alcoolo dépendantes confondaient la réalité et l'imaginaire.

La plupart des malades alcooliques ont commencé à boire pour échapper à la réalité quotidienne qui les faisait souffrir et pour s'enfermer dans un imaginaire protecteur.
Or, l'une des spécificités du travail artistique est justement de faire appel à l'imagination du créateur.

Ainsi, proposer une activité artistique à un alcoolique pourrait laisser penser qu'on veut l'enfermer dans cet imaginaire et créer une boucle d'inhibition. Il faut veiller à ne pas enfermer le patient dans quelque chose qu'il sait faire mais qui n'est pas forcément bon pour lui.

4- La technique artisanale de la dentelle va permettre de travailler sur le rapport particulier qu'entretient la personne alcoolique avec la réalité

Dans le cas du malade alcoolique, je pense qu'un projet Art-thérapeutique adapté à son trouble de perception de la réalité doit être mis en place.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre A, la spécificité de la dominante dentelle se trouve dans sa technique d'apprentissage.
En effet, plus que dans beaucoup d'autres pratiques artistiques, la technique tient une place centrale dans la dentelle. On ne peut pas réaliser une dentelle sans maîtriser cette technique.
En Art-thérapie peinture ou musique, l'apprentissage est également important pour évoluer, mais on peut réaliser une image ou composer une mélodie sans avoir besoin de maîtriser la technique.

Et c'est cette technique d'apprentissage de la dentelle qui je pense peut permettre de travailler sur les troubles entre réel et imaginaire détectés chez l'alcoolique. Il va s'agir, pour l'Art-thérapeute d'inscrire dans un premier temps la personne alcoolique dans la réalité avant d'entrer

véritablement dans un processus créatif qui pourra, par la suite, apporter d'autres bénéfices aux malades. En effet, je ne dis en aucun cas que l'imagination est mauvaise pour le patient mais, ce qui est nocif c'est la façon dont le malade alcoolique l'utilise pour échapper à ses problèmes. Mon intention est que les séances d'Art-thérapie à dominante dentelle aident le patient à retrouver progressivement confiance en la réalité afin de ne plus la fuir constamment par l'alcoolisation.

La technique va nous aider à travailler sur cette fuite du réel que présente le patient alcoolique car :

- Il faut la maîtriser avant d'imaginer pouvoir entrer dans la création avec cet outil. Les points doivent être acquis les uns après les autres dans un ordre bien précis d'apprentissage. On ne fait pas n'importe quoi avec l'outil, on est guidé, on reproduit des cartons déjà existants pour acquérir les bases du travail.
- L'apprentissage de la technique implique que le patient accepte d'être aidé par l'Art-thérapeute. Ceci peut permettre à l'alcoolique de prendre connaissance de ses propres limites et d'apprendre à les accepter pour évoluer.
- La conception d'une pièce en dentelle fait entrer celui qui la réalise dans le temps, un temps réel de fabrication qui peut être très long. L'alcool efface les repères temporels mais le temps de réalisation que nécessite une pièce de dentelle peut permettre à l'alcoolique de reprendre conscience de la valeur de ce temps.
- La réalisation d'une dentelle est cadrée, l'auteur ne fait pas n'importe quoi, il doit suivre le dessin d'un carton qui est lui même posé sur un métier qui définit les limites de son travail. L'espace d'action est restreint et la place donnée à l'imaginaire lors des premières séances d'apprentissage est par conséquent très limitée.

Ainsi, l'utilisation de l'Art en tant que processeur de soin avec les alcooliques semblait être une contre indication face au trouble entre réel et imaginaire qu'ils présentent. Cependant, la technique dentellière semble selon différentes caractéristiques évoquées ci-dessus, répondre à ce trouble. L'idée est de rassurer le patient sur cette réalité de la vie qui était jusqu'alors pour lui synonyme de malheur et qui doit devenir par l'utilisation de l'art si ce n'est positive, tout au moins acceptable et surmontable sans l'aide de l'alcool.
L'hypothèse à démontrer est, que l'Art-thérapie à dominante dentelle, par l'utilisation de la technique va permettre à la personne alcoolique de travailler sur le réel qu'il cherche à fuir.
La base de notre enseignement en Art-thérapie est artistique. Nous entrons dans l'école en tant qu'artiste et l'objectif de l'enseignement est de nous apporter les connaissances nécessaires à l'adaptation de notre art à des fins thérapeutiques.
L'hypothèse proposée ci-dessus est très modestement basée sur mon expérience personnelle de l'activité dentelle. Seule son application à des cas thérapeutiques concrets me permettra d'effectuer un bilan sur son efficacité.

II- Description d'une expérience d'Art-thérapie dentelle avec des patients alcoolo dépendants

A- Le lieu d'accueil, l'équipe et la population rencontrés lors du stage

Dans le cadre de la formation intitulée : DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ART-THERAPIE, il est demandé à chaque étudiant de réaliser un stage pratique de 140 heures dans un organisme de soin.

Le stage a pour objet, je cite le programme du D.U : « d'apporter les connaissances pratiques et complémentaires nécessaires à la formation donnée par l'Université et en particulier son application à des situations concrètes. »

Après m'être renseignée auprès du centre hospitalier de Bayeux en Normandie, celui-ci a redirigé ma demande de stage vers le Réseau de Santé du Bessin.

Ce réseau est un des projets mis en place par le groupement de coopération sanitaire « Soigner Ensemble dans le Bessin » afin de répondre à certains besoins en matière de santé.
L'organigramme ci-dessous fait état de l'ensemble des membres du groupement ainsi que des différentes stratégies qu'ils ont mises en place pour atteindre leurs objectifs :

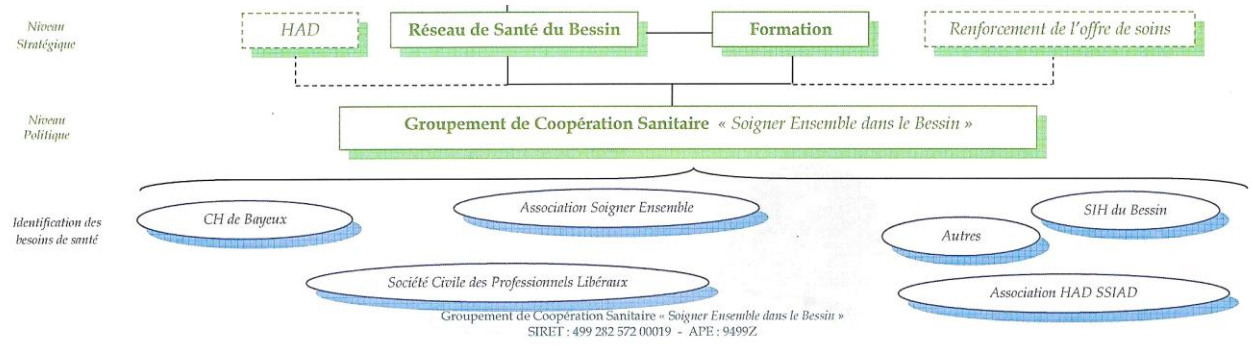


Figure 14 : Organigramme

1- Le réseau de santé du Bessin est un établissement regroupant des thématiques diverses mais ayant des objectifs communs

Le réseau de santé du Bessin est donc un des éléments stratégiques mis en place par le groupement de coopération sanitaire.
Il s'agit d'un espace de soin regroupant diverses thématiques définies dans le schéma ci-dessous.

Figure 15 : Thématiques thérapeutiques du réseau de santé du Bessin

Chacune des thématiques possède ses propres bureaux ; cependant, elles ont été réunies dans un même lieu de travail car elles possèdent des objectifs communs :

- **Promouvoir la santé ;**

Les malades et/ou leurs proches peuvent se rendre librement au réseau pour être écoutés, conseillés et orientés par des professionnels compétents (psychologue, éducateurs soignants,…).
Le réseau cherche à favoriser l'accessibilité aux soins de proximité.
Il s'agit d'une prise en charge réalisée en accord avec le médecin traitant de chaque patient et en complémentarité des soins habituels.
Le réseau dispense en outre des actions de prévention en partenariat avec les collectivités locales et les acteurs des secteurs éducatifs et médico-sociaux.

- **Améliorer la qualité des soins ;**

Pour créer le réseau, on a pris en compte les besoins de la population et des professionnels de santé.
Il s'agit d'un lieu neutre d'analyse des dysfonctionnements et des besoins.
En outre, le Réseau s'assure régulièrement du niveau de satisfaction des professionnels et des usagers.

- **Favoriser la qualité de vie au travail des professionnels de santé ;**

Pour les professionnels, il s'agit de favoriser la qualité de vie au travail (plus de temps pour les prises en charge, davantage de communication entre les diverses professions,…).
Une programmation pluriannuelle de formation continue est organisée et une diffusion des bonnes pratiques au travers des protocoles et des procédures des prises en charges sont mises en place.

- **Fédérer les actions thématiques ;**

Le travail en interdisciplinarité et en transversalité pour chacune des thématiques est valorisé.
Une attention toute particulière est accordée à l'évaluation et à l'accompagnement afin de développer les actions thématiques en place.

Une des actions du Réseau de santé du Bessin concerne l'addiction, et c'est le Docteur Pierre, médecin addictologue et responsable de cette unité qui a accepté de devenir mon maître de stage.

2- L'addiction est une des problématiques thérapeutiques traitée au réseau de santé

L'unité d'addictologie s'adresse à toute personne dépendante de produits actifs : alcool, tabac, drogues, médicaments, troubles alimentaires, à n'importe quel âge de leur vie.
Les personnes confrontées à l'addiction de l'un de leur proche sont également reçues à l'unité.
Le réseau peut également proposer aux professionnels de santé, d'insertion, du social, des tutelles*, du judiciaire, de l'éducation et de la formation professionnelle participant à la prise en charge globale du patient, des solutions à leurs problèmes

En effet, l'objectif de l'unité est de permettre une prise en charge ambulatoire* des addictions et de favoriser une cohérence dans le soin de proximité.
Elle propose un soutien au patient, à l'entourage et aux professionnels impliqués et peut leur permettre de bénéficier d'un accompagnement dans les démarches sociales.
En outre, l'unité d'addictologie permet aux professionnels d'enrichir leur pratique et de rompre leur isolement face au patient addictif.

Ma première semaine de stage a été effectuée au sein de cette unité d'addictologie.
J'ai ainsi pu participer aux consultations du médecin addictologue, que ce soit au réseau, à l'hôpital ou encore lors de divers rendez vous extérieurs.

Lors des consultations au réseau le Docteur Pierre m'a fait part des différents traitements médicamenteux qu'il propose à ses malades lors de leur sevrage. J'ai également pu remarquer l'importance du temps de parole accordé aux patients. Ceci permet de mieux appréhender les difficultés du malade et éventuellement de proposer d'autres suivis, paramédicaux par exemple.

Le Docteur Pierre se rend également plusieurs fois par semaine à l'hôpital afin d'assurer un suivi lorsque ses patients sont hospitalisés ; ou bien pour mettre en place des suivis de post-hospitalisations pour de nouveaux patients addictifs. J'ai pu l'accompagner lors de ces visites et prendre conscience de l'échange qu'il peut y avoir entre les différents professionnels de santé et de l'importance d'un soutien comme le réseau pour l'hôpital.

Le médecin addictologue part également chaque mois en visite dans différents bureaux de la région où j'ai pu l'accompagner et me rendre compte de l'importance d'un suivi de proximité pour les malades isolés.

J'ai également suivi le médecin addictologue lors d'un rendez vous avec une infirmière scolaire afin de mettre en place une campagne de prévention* sur les produits addictifs dans un collège.

Lors de tous ces déplacements, j'ai pu rencontrer les patients et prendre connaissance de cette pathologie qu'est l'addiction et des difficultés qu'elle suscite chez les malades.
Les malades ont pu découvrir ce qu'était l'Art-thérapie et nous avons tenté de définir avec le Docteur Pierre quels en seraient les bénéfices pour les patients.

J'ai aussi pu rencontrer les différents professionnels du réseau et participer avec certains à différentes activités (sorties, relaxation,…).
La participation à l'une de leurs réunions de synthèse m'aura permis de définir le rôle et les objectifs de chacun au sein de l'unité.
Le chapitre suivant qui s'attarde sur le cheminement de l'alcoolique vers son sevrage, me permet d'indiquer les noms et fonction de chacun des professionnels de santé présent au réseau.

3- Un des objectifs de l'équipe soignante de l'unité d'addictologie est de viser au sevrage de la personne alcoolique

Il me semble important d'indiquer ici que les quatre patients que j'ai pris en charge en Art-thérapie ne souffraient pas tous d'alcoolisme. L'une de mes patientes, Renée, est une personne soufrant de boulimie*. Pour des raisons d'organisation de ce mémoire, j'ai fait le choix de ne parler que de l'alcoolisme mais il est évident que chacune des pathologies addictives traitées au réseau de santé mériterait que des recherches en matière d'Art-thérapie leur soit consacré. Ainsi, dans le chapitre qui suit, je ne m'occupe que du sevrage de la personne alcoolique, mais ceci ne représente qu'une petite partie du travail réalisé par l'équipe de l'unité.

Afin d'identifier le rôle des professionnels lors du sevrage de l'alcoolique, j'ai repris l'ouvrage « que sais-je ? L'alcoolisme », qui définit les différentes phases que traverse le patient vers sa guérison. [10] Les professionnels de santé interviennent à des périodes différentes lors du sevrage de l'alcoolique et les chapitres qui suivent vont me permettre d'identifier la place de chacun lors de ce processus vers l'abstinence. Je vais ainsi pouvoir vous présenter les professionnels de santé présents au réseau.

a- La phase de maturation et l'éclosion du désir de sevrage

1- Dans une période initiale, le sujet comprend intellectuellement qu'il est alcoolodépendant mais se refuse à l'admettre vis-à-vis de lui-même.
2- Dans une seconde période il finira par s'accepter en tant que tel : parce qu'il « en a marre d'en avoir marre », parce qu'il a l'impression d' « avoir touché le fond », c'est alors seulement que le sevrage sera désiré, ce désir apparaissant souvent brusquement dans une sorte de « déclic ».

Au cours de cette phase de maturation*, l'accompagnant initial le plus utile n'est pas forcément un médecin mais celui avec lequel le patient a le meilleur contact ; ami, travailleur social, militant d'une association d' « anciens buveurs », etc.
Il est très difficile pour l'entourage d'aider un proche et de l'amener à consulter. C'est pourquoi le mettre en contact avec un tel accompagnant est souvent le geste le plus utile que puissent réaliser les proches.

L'assistante sociale peut jouer un rôle lors de cette première phase. Elle vient en aide à des individus, des familles, ou des groupes en difficulté sociale afin de favoriser leur bien-être, leur insertion sociale et leur autonomie. Elle écoute, soutient, accompagne, conseille ou oriente les personnes en fonction de leurs demandes et de leurs besoins.

b- La phase de mutation

Cette phase correspond grossièrement à ce qu'il est convenu d'appeler une cure*.

1- Sa première période est celle du sevrage, et elle s'accompagne de mesures préventives d'un syndrome de manque (réhydratation massive, vitaminothérapie, tranquillisants, anxiolytiques).
2- Une seconde période est celle de l'initiation à l'abstinence.

Elle s'accompagne d'une remise en forme physique par vitaminothérapie, diététique adaptée, etc.

[10] HILLEMAND BERNARD, *L'alcoolisme, que sais-je ?*, Presse universitaire de France, 2005. P.114 à 119

Elle dure environ quinze jours à trois semaines.

Cette véritable « mise en orbite » dans l'abstinence s'appuie sur des moyens psychothérapeutiques et sur des moyens médicamenteux qui devront être poursuivis longtemps en « post-cure » si nécessaire.

C'est lors de cette phase que les patients rencontrent le Docteur Pierre, médecin addictologue ou les infirmières, Mesdames Marette et Leonard afin de faire le point sur leurs besoins médicamenteux.
Les addictologues sont les médecins spécialisés dans l'étude des addictions : dépendance physiologique et psychologique à une substance ou à un comportement.
L'infirmière, quant à elle, est une personne dont la profession est de délivrer des soins infirmiers, autrement dit les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou bien portants.
C'est également au cours de cette période qu'un suivi avec Maxime Briard, Psychologue est proposé.
Il a une fonction directe « clinique » qui peut s'inscrire dans un cadre psychothérapeutique et/ou de soutien au développement de la personne.

c- L'abstinence absolue et définitive

1- La première période de cette phase d'abstinence absolue et définitive est celle de la réinsertion.

Elle est très délicate et c'est en fait un début, celui de l'apprentissage puis de la pratique d'une vie sans alcool confrontée aux réalités quotidiennes sans le pseudo soutien du produit.

2- La seconde période est celle de la consolidation.

Tout le problème de cette période de durée indéfinie est d'aboutir à un épanouissement personnel permettant de surmonter certaines persistances d'envie d'alcool au bout d'intervalles libres de trois, six, voire dix-huit mois.
La rechute qu'il vaudrait mieux appeler la ré alcoolisation peut survenir brutalement après le premier verre ou à l'inverse, la consommation peut faussement donner l'impression initiale d'être contrôlée.
Il convient de ne pas dramatiser une rechute, elle apporte au sujet la preuve de sa vulnérabilité à l'alcool et l'incitera à renforcer sa vigilance.
Le rôle des associations dites « d'anciens buveurs » est ici particulièrement important pour aider au maintien d'une abstinence bien vécue.

Ici, le visiteur social joue un rôle important grâce aux suivis des patients à domicile qu'il met en place et grâce aux sorties en groupe qu'il prévoit. Bernard Lecourtois est le visiteur social du réseau. Il aide à résoudre des problèmes divers d'ordre social, administratif, socio-économique, posés par différents publics en quête d'une meilleure insertion sociale. Le travail s'exerce dans un bureau et comporte aussi des déplacements sur une zone géographique déterminée. Attention à ne pas confondre visiteur social et assistante sociale.
Le stress de la vie quotidienne peut quand à lui être travaillé grâce aux séances de relaxation proposées par différents membres de l'équipe et notamment Maud Hennebois, la secrétaire de l'unité.
Les personnes fragilisées par la maladie peuvent également bénéficier d'un ensemble de soins esthétiques prodigué par la socio esthéticienne.

Enfin, le groupe de parole est ici essentiel pour partager son expérience et rompre l'isolement. Il est organisé et animé par les différents membres de l'équipe soignante et les thèmes de discussion proposés sont sans cesse renouvelés.

En outre, l'équipe dispose d'une diététicienne ou encore d'un médecin spécialisé en tabacologie.

Ainsi, le traitement de l'alcoolo dépendant, ne se situe pas dans le cadre mythique d'une « cure dite de désintoxication » de quelques semaines avec un protocole systématisé et standard, mais bien dans un programme thérapeutique au long cours dont les modalités s'adaptent aux différentes phases évolutives et à la personne concernée.

La citation suivante, tirée d'un article de journal présentant l'unité d'addictologie, m'amène au prochain chapitre sur les prises en charges Art-thérapeutiques :

Selon le Docteur Pierre : « l'une des clefs de la réussite face aux addictions est la capacité à retrouver des choses à faire par soi-même ; cela peut-être la pratique d'un sport, d'un instrument de musique, du théâtre, … »

B- Prises en charges de patients alcooliques en Art-thérapie à dominante dentelle

1- Mise en place du protocole thérapeutique avec le Docteur Pierre, médecin addictologue du réseau de santé du Bessin, en collaboration avec le conservatoire de la dentelle de Bayeux

Lors de ma première semaine de stage en compagnie du Docteur Pierre, nous avons également mis en place le protocole de prise en charge en Art-thérapie, c'est-à-dire les conditions et les règles de déroulement de l'expérience.

L'Art-thérapie à dominante dentelle a été proposée par le médecin à différents patients, et quatre d'entre eux ont été intéressé par le projet.
Les séances étaient individuelles et se sont déroulées au conservatoire de la dentelle de Bayeux.
Il en a été décidé ainsi car le réseau n'avait pas de salle disponible pour accueillir les séances d'Art-thérapie. En outre, **le Docteur Pierre pensait que réaliser les séances en dehors du lieu de soin pouvait aider ses patients à sortir de leur isolement social, à appréhender de nouveaux lieux et à connaître de nouvelles personnes**. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette supposition en troisième partie de ce mémoire.
Les séances se sont effectuées du 09/02/2010 au 29/06/2010 à raison d'une heure par semaine le mardi.
Des rencontres avec le Docteur Pierre ont été réalisés régulièrement et un bilan avec les patients a été effectué en fin de prise en charge.
Des fiches de transmissions à l'équipe ont été déposées dans les dossiers des patients après chaque séance d'Art-thérapie.

Après avoir défini le cadre de mon intervention avec le Docteur Pierre, je me suis rendue au conservatoire de la dentelle de Bayeux afin de mettre en place techniquement mes séances.

Il fallait, dans un premier temps obtenir l'accord de l'ensemble des membres de l'association pour réaliser mes séances au sein du conservatoire. Après en avoir parlé avec la responsable du lieu et avec le directeur de l'association, c'est une réponse positive qui a été accordée à mon projet. Réaliser des séances d'Art-thérapie au sein d'un conservatoire, était une idée originale qui a tout de suite séduit les membres de l'association.

Puis, j'ai demandé à mon professeur de dentelle de me remémorer les bases de l'enseignement afin d'être le plus claire possible avec mes patients.
J'ai également fait le point sur le matériel à prévoir tels que les métiers, les tabourets, les cartons, les épingles ou le fil.

2- Mise en place des moyens permettant d'évaluer et d'atteindre les objectifs fixés par le Docteur Pierre

La dentelle est donc **la dominante** qui a été choisie pour atteindre les différents objectifs fixés par le Docteur Pierre concernant ses patients addictifs. Les objectifs individuels à atteindre ainsi que l'état de base de chacun des patients pris en charge seront précisés à l'intérieur des études de cas.

Dans l'optique d'ancrer les patients dans la réalité, j'ai choisi de débuter les séances par un apprentissage classique de la dentelle. Puis, j'ai adapté ma stratégie en fonction des difficultés rencontrées par chacun. Les situations caractéristiques d'une difficulté sont appelées **sites d'action** et j'ai du les prendre en compte pour progresser vers les objectifs.

Au cours de chacune des séances, les observations ont été collectées et classées dans la **fiche d'observation**
Elle a pour fonction principale :

- De décrire le profil du patient avant les séances d'Art-thérapie, ce qui servira de base par la suite à l'évaluation
- D'être une mémoire de ce qui s'est passé pendant l'atelier
- De permettre de gérer les informations collectées durant la séance
- De permettre de se recentrer régulièrement sur les objectifs et sur la nature de l'intervention
- D'être une stimulation et un appel à la vigilance de l'Art-thérapeute qui, d'une séance à l'autre, peut prévoir l'activité, mais doit être aussi capable de se laisser surprendre par des faits nouveaux.

Au regard des informations collectées sur cette fiche, j'ai pu mettre en place des **objectifs intermédiaires** basés sur les sites d'actions rencontrés lors des séances. En effet, lorsque le patient rencontré une difficulté en atelier, l'objectif intermédiaire été de travailler sur ce problème afin qu'il ne freine plus l'accetion à **l'objectif général.**

Afin de déterminer si les séances ont été bénéfiques pour les patients, différents moyens d'analyses ont été mis en place :

Des bilans autoévaluatifs ont été effectués par les patients à chaque fin de séance. Ces bilans ont permit au patient d'apprécier sa situation Art-thérapeutique, par des questions sur le plaisir, la beauté de ce qu'il a fait, son envie de continuer et sur le caractère agréable du moment qu'il a vécu, autrement dit les trois éléments du cube harmonique.

Ce cube harmonique a fait l'objet de plusieurs années de recherches à l'AFRATAPEM et est à considérer comme un principe autoévaluatif. L'esprit de cet outil est de synthétiser, par une forme cohérente, connue, explicite et sensible, autrement dit, le cube, les trois composantes de la spécificité artistique soit, le beau, le bien et le bon.

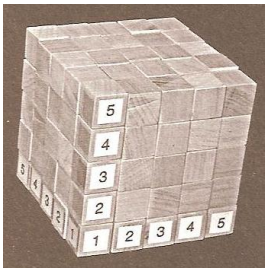


Figure 16 : Le Cube Harmonique

Ainsi, le cube harmonique est une forme idéale que le patient essaie d'atteindre au regard de ses propres critères. Il a été créé afin de permettre au patient de développer sa faculté critique et son idéal esthétique, d'être en mesure d'épanouir son goût, son style et son engagement personnel dans l'activité et de les affirmer par et dans une forme sensible.
De plus, la synthèse des résultats du cube peut permettre à l'Art-thérapeute de compléter ses bilans Art-thérapeutiques. (Définition du cube harmonique tirée de l'enseignement universitaire d'Art-thérapie de l'école de Tours).

La fiche d'autoévaluation que j'ai utilisée lors de mon stage est un modèle simplifié de ce cube. Elle est basée sur différentes échelles quotté de 0 à 5. Elle est tirée des annexes du livre « Tout savoir sur l'Art-thérapie ». [11]

Cependant, comme l'explique Richard Forestier dans ce livre, si l'autoévaluation s'avère essentielle dans l'implication et le respect du patient en Art-thérapie, la procédure thérapeutique ne peut pas reposer que sur le seul avis du patient. Conjointement, une évaluation doit être réalisée, de nature à valider ou invalider les résultats thérapeutiques obtenus au regard des objectifs recherchés.

L'évaluation a permis, quant à elle, la comparaison des mesures du même item dans des situations similaires tout au long des prises en charges.
On appelle **item**, un élément sensible caractéristique d'une difficulté. L'item se rapporte à des faits précis qui peuvent être abordés de façon quantitative, qualitative, fonctionnelle ou descriptive.
Dans le cas d'items relatifs à la quantité (nombre de regards, prise d'objets,…), ils seront appréciés en mesure, nombre, temps, poids,…c'est-à-dire avec des unités mesurables. L'item devra être précis et clairement identifiable.
Dans le cas d'items relatifs à la qualité des états ou bien à la fonction comme le plaisir, le sourire ou la richesse d'une communication, des appréciations identiques à celles des items mesurables seront utilisées. Cependant, les mesures ne pourront pas être chiffrées. Elles utiliseront les termes progressifs (du moins au plus) et seront adaptées à la nature de l'item.

Les items des évaluations ont été déterminés en cours de prise en charge lorsqu'une ou plusieurs difficultés ont été détectées (autrement dit les sites d'action). L'évaluation des items est réalisée

[11] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie,* Favre édition, 2007. P.199

aux moyens de grilles de mesures. Généralement, la comparaison entre la première et la dernière quantification de l'item permet d'évaluer l'évolution des prises en charge thérapeutique.

Je souhaiterai d'ailleurs ici faire une parenthèse concernant ces évaluations. Il nous a été enseigné qu'évaluer les difficultés des patients était indispensable pour attester de la bonne qualité d'une prise en charge. Cependant, vous constaterez à la lecture des études de cas, que je n'ai pu évaluer qu'un item pour chaque patient pris en charge. Un nombre élevé d'évaluations permet peut-être d'être très précis sur l'avancement d'une thérapie mais compte tenu de la dominante utilisée, j'ai fait le choix de réduire le nombre de ces évaluations. En effet, l'apprentissage de la dentelle, nécessite que l'Art-thérapeute soit constamment à côté du patient, pour lui expliquer au fur et à mesure les points à exécuter. Je me retrouve très rarement en face du patient comme pourrait le faire un art-thérapeute à dominante musique ou peinture. Il est donc très difficile de prendre du recul par rapport à l'activité pour compter par exemple le nombre de sourire du patient durant la séance. C'est sans doute pour cela que les items que j'ai évalués ont été quottés selon mes ressentis car il est plus facile, en tout cas en dentelle d'agir ainsi. J'ai conscience que la conclusion que je donne à mes études de cas sera par conséquent peut être moins catégorique, mais il en résulte que ces évaluations moins nombreuses sont d'autant plus précises du fait même de la spécialité choisie.

Ainsi, quatre patients, Axel, Clara, Nadine et Renée souffrant d'une pathologie addictive ont été pris en charge lors de mon stage pratique en Art-thérapie *(Les noms des patients des études de cas sont fictifs pour des raisons de confidentialité)*. Cependant, la limite de pages du mémoire m'oblige à ne traiter que 2 cas, ceux d'Axel et de Clara.
Les patients alcooliques ont, comme nous l'avons constaté en chapitre I, différents points communs. Cependant, leurs histoires de vie, leurs rapports à la maladie et par conséquents les objectifs de leur médecin concernant l'Art-thérapie sont différents.
Lors de la première séance, que l'on nomme séance d'ouverture avec les patients, j'ai pris connaissance des difficultés de chacun appelé aussi « état de base » et le Médecin m'a énoncé leurs objectifs individuels.
En effet, les séances d'ouvertures avec mes patients, se sont réalisées au réseau, une semaine avant les prises en charge au conservatoire de la dentelle. Le Docteur Pierre m'a dans un premier temps présenté à chacun des patients, puis j'ai pu échanger quelques mots avec eux sans la présence du médecin addictologue. Une fois les patients partis, le médecin m'a remis des feuilles de prescription indiquant les objectifs de l'Art-thérapie pour chacun d'entre eux.

3- Etude de cas concernant Axel

a- Le dossier médical d'Axel nous informe sur sa vie et l'histoire de sa maladie

L'étude du dossier des patients, l'anamnèse médicale ainsi que les détails de leur vie en générale m'ont appris à les connaître. Toutes ces informations m'ont été très utiles avant la prise en charge, ainsi que les renseignements concernant les médicaments administrés qui pouvait agir sur leur comportement.
Cependant, j'avais fait le choix de ne pas consulter ces dossiers avant la première séance pour ne pas avoir d'idée préconçue.

Axel a été mon premier patient.

Histoire de vie :
Axel est un jeune homme de 34 ans. Il est au chômage et a 1 fille qu'il voit très rarement. Il vit actuellement chez sa mère avec laquelle les relations sont difficiles. En outre, le jeune homme dit éprouver un sentiment d'abandon de la part de son père, mais j'ignore ce qui motive ce sentiment.

Anamnèse médicale :
Axel présente des bouffées délirantes et son addiction est liée à la consommation de cannabis, de crack et d'alcool.
Au 25/11/08, Il est dans une demande de relaxation et dans une démarche d'arrêt de tous produits.
Il rencontre alors l'équipe d'addictologie du réseau de santé, qui lui propose un soutien et un accompagnement individuel. En parallèle, une liaison est faite avec l'hôpital psychiatrique.
On lui fait passer le test intitulé "liste des occasions de consommation de drogues" qui révèle que les moments agréables avec d'autres et la pression sociale l'incitent à la consommation.
Au 08/12/09, les séances de relaxation sont arrêtées pour Axel.
Les médicaments que le Docteur Pierre prescrit au patient sont des neuroleptiques retard. Ces substances sont indiquées dans les cas de délire chronique, schizophrénie, hallucination, accès maniaque et psychose chronique. Les effets indésirables pouvant survenir lors de la prise de ces médicaments sont : l'acathésie (le sujet est virtuellement torturé de l'intérieur), la dyskinésie tardive (ce sont des mouvements anormaux de la face et des membres), l'arythmie (autrement dit, des problèmes cardiaques sévères), la dystonie (des spasmes musculaires), une impuissance sexuelle, une prise de poids d'importance variable, une hypotension orthostatique, une sécheresse de la bouche, une constipation, une rétention d'urine, une photosensibilisation, un symptôme de type parkinsonien,…
Ces médicaments sont encore actuellement prescrits au patient. Quant à la consommation de produits psycho actifs, elle semble stabilisée mais encore fragile. Axel a des rendez-vous réguliers au réseau, notamment avec le Docteur Pierre.

b- L'objectif du médecin addictologue et l'intention du patient concernant l'Art-thérapie sont précisés en séance d'ouverture

Lors de la première rencontre avec le patient, nous établissons ensemble le jour et l'heure de prise en charge mais Axel ne me confie rien sur ce qu'il attend de l'Art-thérapie. Le patient parle peu et je remarque que ses mains tremblent beaucoup.

Le Docteur Pierre me confie en fin de séance d'ouverture, une feuille de prescription indiquant qu'Axel est un patient poly consommateur et qu'il présente des troubles psychotiques.
Le médecin addictologue prescrit des séances d'Art-thérapie afin de **renforcer la confiance en lui du patient par la découverte de ses capacités créatrices.**
Il s'agit de l'objectif général que nous allons tenter d'atteindre grâce aux séances d'Art-thérapie à dominante dentelle.
Cependant, j'aurai tendance à vouloir séparer cet objectif en deux afin d'insister davantage dans un premier temps sur la recherche de confiance en soi. En effet, la recherche créative semble avec un patient comme Axel devoir être maniée avec précaution. Deux raison à cela :

-premièrement, comme nous l'avons vu en chapitre 1, il va être important avec les personnes alcooliques de veiller à ce que la recherche créative et donc le rapport avec l'imaginaire ne les éloigne pas définitivement de la réalité.
-deuxièmement et après en avoir parlé avec le psychologue de l'unité, il semble que les médicaments prescrits au patient cherchent à bloquer son imagination délirante et que par conséquent, la recherche de création soit quelque peu difficile avec un patient comme Axel.
Ainsi, dans un premier temps de prise en charge, j'ai décidé d'insister davantage, sur l'objectif de renforcement de la confiance en soi.

Avoir confiance en soi, c'est par définition, être sûr de soi, de ses capacités. Cette confiance s'acquiert notamment grâce à l'affirmation de ses besoins, une acquisition de compétences et une reconnaissance par les autres. La pratique de la dentelle en Art-thérapie aura donc pour but de renforcer ces différents éléments.

c- Les séances réalisées avec Axel sont détaillées dans un tableau

Le 09 février 2010, les séances d'Art-thérapie à dominante dentelle débutent avec Axel au conservatoire de la dentelle de Bayeux.

Le tableau qui suit détaille avec précision l'ensemble des séances d'Art-thérapie réalisées avec Axel.

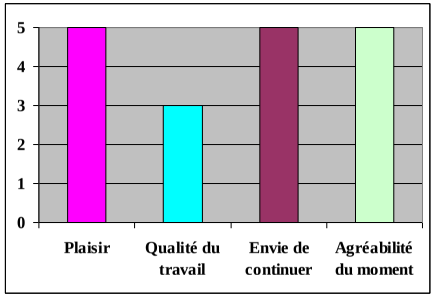
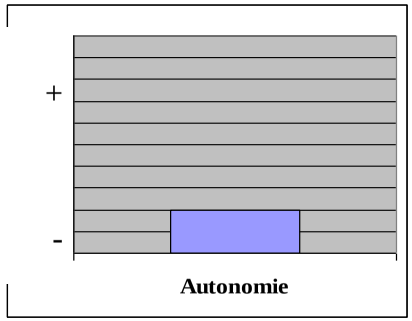
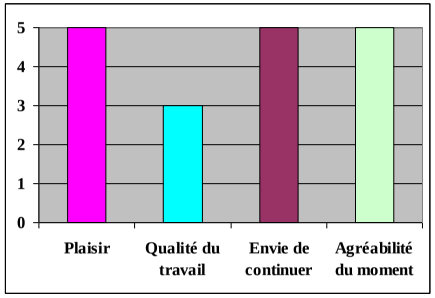
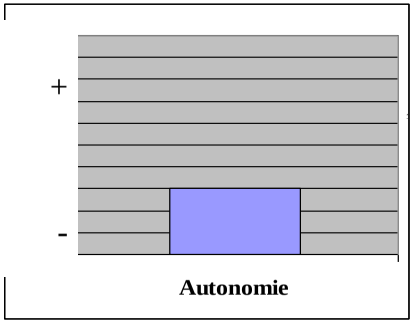
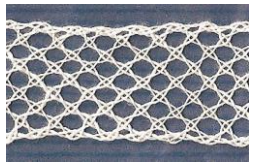
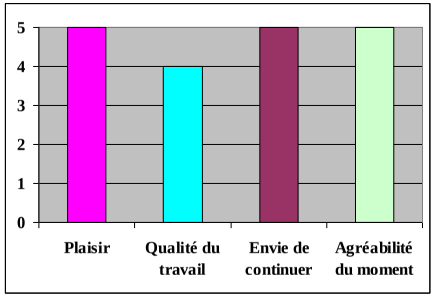
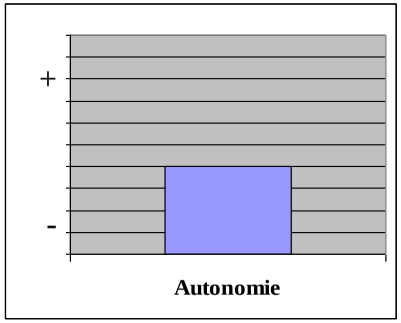
La première colonne du tableau fait état des **observations** que j'ai pu noter à la fin de chacune des séances. J'y note les difficultés que le patient a rencontré durant la séance, mais également celles qu'il a surmontées, tout ceci m'aidant à établir les objectifs intermédiaires.

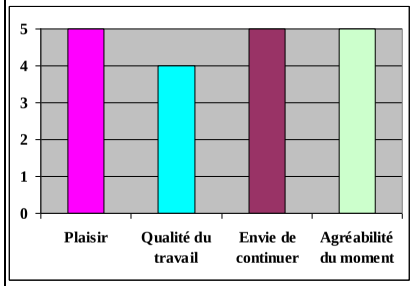
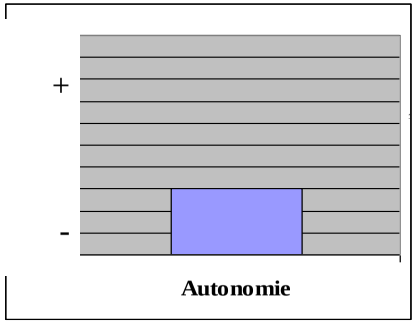
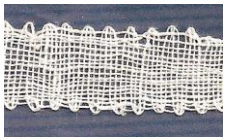
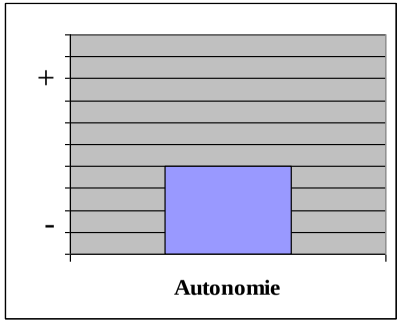
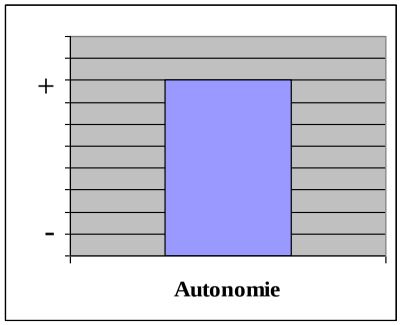
La deuxième colonne concerne les **autoévaluations** réalisées par Axel à la fin de chaque séance d'Art-thérapie. Il y a noté le plaisir qu'il a éprouvé à faire l'activité dentelle, la qualité du travail qu'il a réalisé, l'envie de poursuivre l'activité et le caractère agréable du moment qu'il a passé. Ces notes sont basées sur une échelle de 0 à 5, 0 étant l'absence de plaisir, de qualité,… et 5 étant le plaisir, la qualité,…maximum. L'analyse de ce graphique devrait me permettre de dire si le patient a su développer sa faculté critique et son idéal esthétique et s'il a été capable d'exprimer son goût, son style et son engagement personnel dans l'activité.

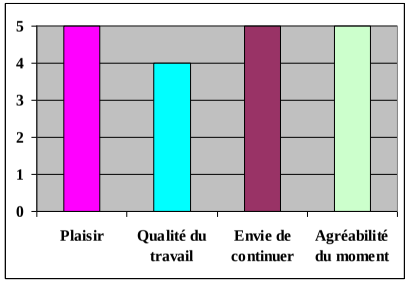
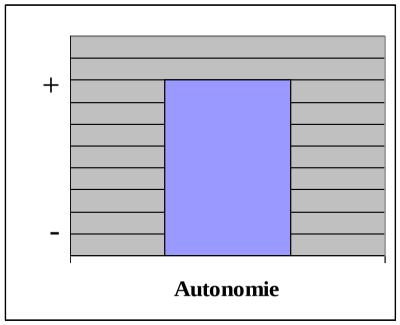
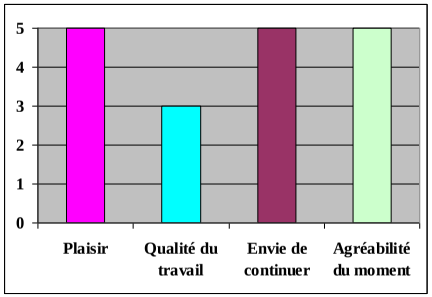
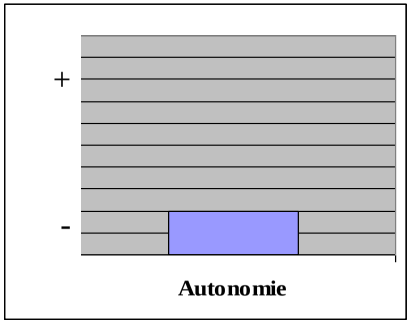
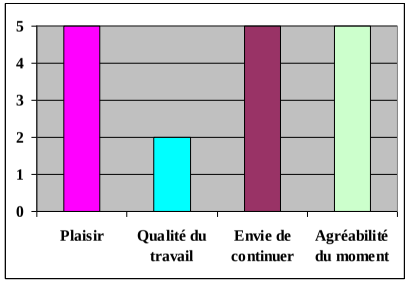
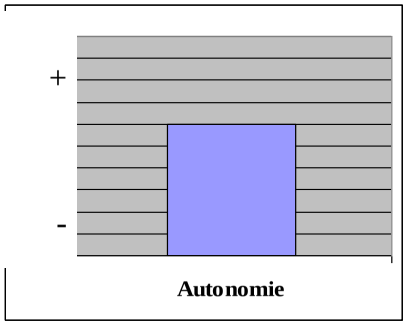
La troisième colonne quant à elle, est un relevé des **évaluations** concernant le patient. Sur les graphiques sont répertoriés les résultats de cotation de l'autonomie d'Axel au cours des séances d'Art-thérapie.
En effet, nous avons remarqué en séance 1 que l'autonomie d'Axel était très réduite et que ma présence était indispensable durant toute la séance. Ceci semble être normal car en première séance, le patient ne connaissait pas la dentelle et que l'apprentissage impliquait qu'il avait besoin de moi. Cependant, j'ai tout de même décidé de continuer à coter cet item car différentes observations ont été réalisées lors des séances suivantes : le patient réussissait à maîtriser le point, il réalisait des morceaux de dentelle tout seul, puis, il s'arrêtait, me regardait et demandait mon approbation pour continuer. C'est comme si tout d'un coup, il ne savait plus, il avait besoin que je lui réexplique, que je le rassure pour qu'il devienne à nouveau autonome. Ainsi, au-delà des problèmes liés à l'apprentissage, de réelles difficultés d'autonomie ont été décelées chez Axel. On peut également parler de la maman du patient qui venait le chercher à chaque fin de séance. Sa dépendance aux autres était donc également constatable dans sa vie quotidienne. Le manque d'autonomie était donc un site d'action, une difficulté que présentait le patient, sur laquelle nous devions travailler pour le faire progresser.

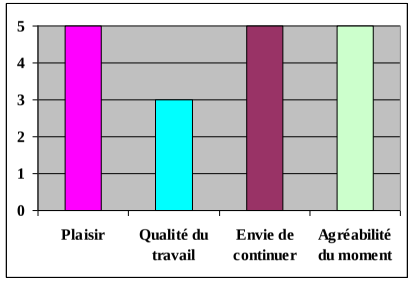
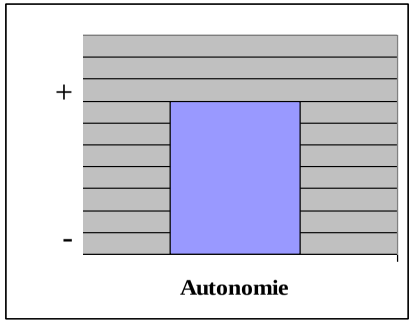
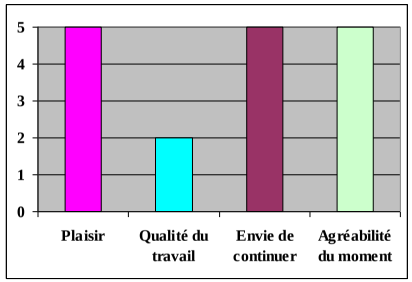
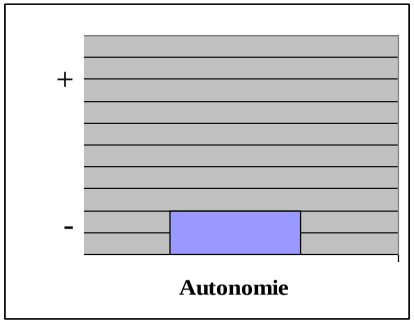
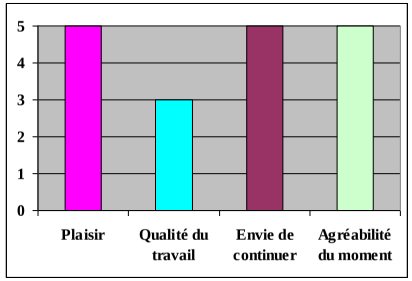
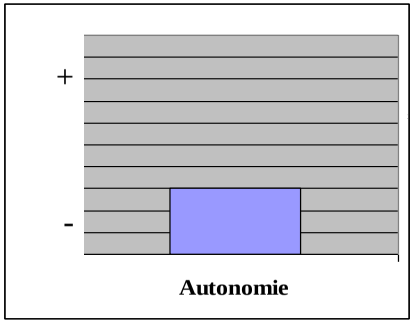
La définition de l'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite ou en quelque sorte sa propre loi ; l'autonomie permet une liberté intérieure et dépend d'une capacité à choisir de son propre chef sans se laisser dominer par certaines tendances naturelles ou collectives, ni par une autorité extérieure.
L'item autonomie n'est pas quantifiable, il a donc été évalué du – au +. La cotation – signifie qu'Axel n'est pas du tout autonome et la cotation + indique que le patient a travaillé seul durant toute la séance. Mes observations m'ont permit de situer l'échelle autonomie entre le – et le +.
L'évaluation était basée sur plusieurs critères préalablement définis :
-le patient a besoin que je sois avec lui durant toute la séance et que je lui dise ce qu'il faut faire à chaque point
-le patient n'avance pas si je ne suis pas a côté de lui mais je ne lui parle pas tout le temps
-le patient n'avance pas si je ne suis pas a côté de lui, mais je ne lui parle que lorsqu'il me pose une question
-je peux m'éloigner quelques minutes et laisser le patient agir seul
-je laisse le patient agir seul, je vérifie juste s'il ne fait pas de fautes
-le patient est complètement autonome, il corrige ses fautes seul

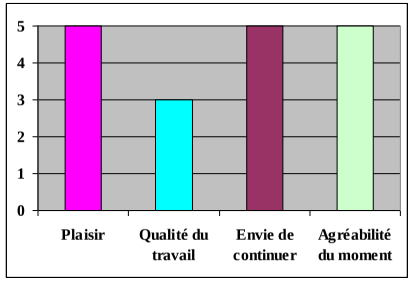
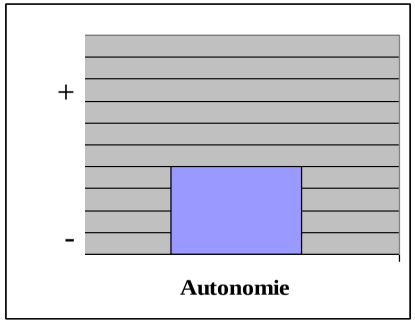
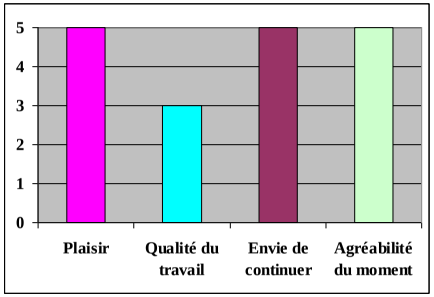
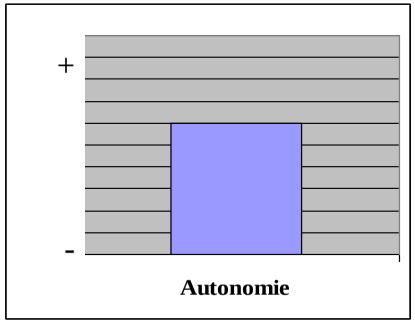
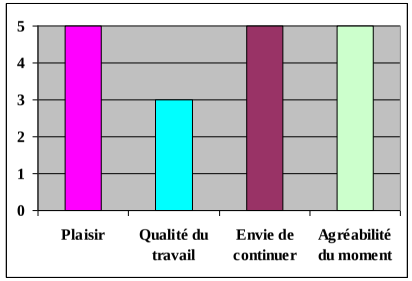
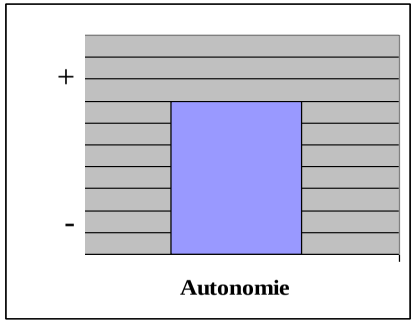
Enfin, au regard de ces observations, autoévaluations et évaluations, j'ai établi des **objectifs intermédiaires** que j'ai répertoriés dans la **quatrième colonne** du tableau. Il se peut qu'un objectif intermédiaire étant difficile à atteindre, on le retrouve durant plusieurs séances.

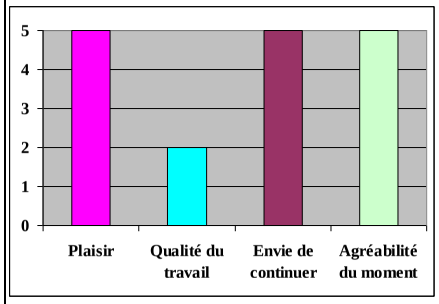
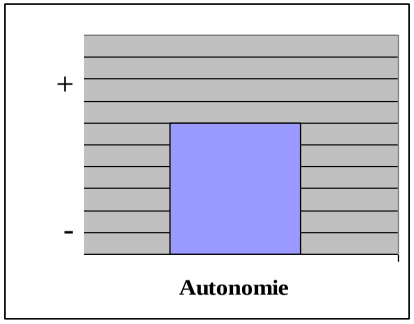
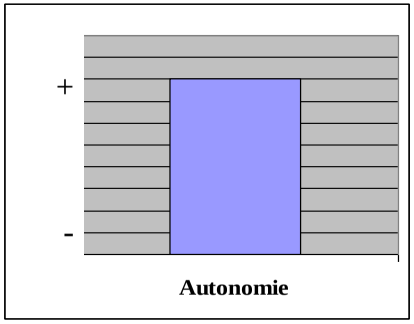
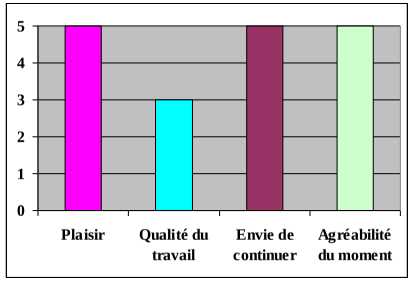
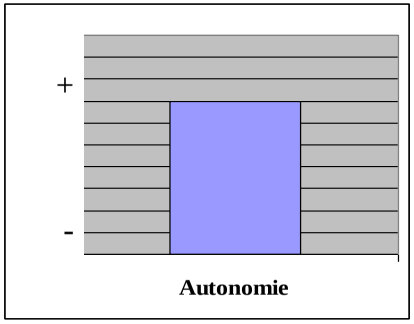
	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 1	Tremblements importants qui n'empêchent pas le patient d'avancer. Axel n'exprime son opinion que sur l'auto-évaluation. Le patient suit mes conseils, il n'a pas d'intention autre que celle de les appliquer. Brefs passages où il s'auto gère. Je le sens tendu. La séance d'une heure est suffisante. Jai besoin de répéter les gestes et les paroles pour qu'Axel intègre bien le point. Je décide d'évaluer l'autonomie du patient car celle-ci lui fait défaut.			Les médicaments ayant tendance à bloquer l'imagination délirante d'Axel, on aurait plutôt tendance à vouloir lui montrer qu'il a des capacités.
Séance 2	Tremblements moins importants que la dernière fois. Le patient cherche à bien tendre sa dentelle. Expression verbale brève et uniquement sur sollicitation. Autonomie plus importante qu'à la première séance. Axel a bien intégré le point simple, passage au point double en fin de séance. Il parait moins stressé et je m'éloigne de temps en temps du métier pour le laisser agir seul. Axel ne fait pas de pauses et est très concentré. Il cherche à bien placer ses épingles mais ça pose des difficultés car il ne repère pas encore tout à fait l'endroit où les positionner.			Montrer au patient qu'il est capable de faire les choses seul. Axel ramène sa première dentelle chez lui.  Pièce en fond torchon
Séance 3	Tremblements peu importants. Quelques petites fautes et une tension inégale de la dentelle sont constatées. Bonne compréhension du point simple et du point double. Application de mes conseils. Axel ne s'exprime que lorsqu'on l'interroge. Sa maman et une jeune fille regardent ce qu'il a fait et le félicitent. Il a parlé de la dentelle avec Nadine, une autre de mes patientes, qui est une amie de sa maman.			Laisser de l'autonomie. Guider pour le placement des épingles et la tension. Solliciter le verbal.

	Dentelle point de toile **Observations**	**Auto évaluations**	**Evaluations**	**Objectifs intermédiaires**
Séance 4	Le patient se plonge instantanément dans l'activité. Il semble corporellement tendu. Axel ne s'exprime que sur sollicitation. Axel me demande sans cesse mon approbation pour avancer.			Continuer de guider vers l'autonomie pour renforcer la confiance en soi et l'estime de soi lors de la réussite de l'activité. Solliciter un maximum l'échange notamment par des questions.
Séance 5	Apprentissage d'un nouveau point, Axel l'intègre vite. Le patient parait plus détendu. Une dentellière le rassure et lui montre ce qu'elle a fait.  Le point de toile est le nouveau motif qu'apprend Axel.	Les cases ou il n'y à pas d'autoévaluations correspondent aux séances ou le patient est parti avant de remplir la fiche. En effet, c'était la maman d'Axel qui venait le chercher et lorsqu'elle passait devant le conservatoire en voiture, le patient sortait rapidement en oubliant parfois son autoévaluation. Par la suite, j'ai veillé a ce qu'Axel ait fini avant que sa maman vienne le chercher afin qu'il ai le temps de compléter sa fiche auto évaluative.		Bien accompagner pour ne pas mettre en échec le patient lors de l'acquisition d'un nouveau point...puis guider peu à peu vers l'autonomie pour montrer au patient qu'il est capable de réaliser des choses seul.
Séance 6	Même point qu'à la séance précédente. Le patient voit ses fautes mais ne les corrige pas seul. Je réponds le moins possible à ses attentes, car il maîtrise le point et qu'il n'a pas besoin de moi pour y arriver. Il est corporellement tendu. Mise à part les formules de politesse, Axel ne parle pas. Il se débrouille rapidement seul et reste 15 minutes de plus. Un visiteur lui demande d'où vient sa passion pour la dentelle : "c'est venu comme ça». Il part rapidement sans faire l'autoévaluation car sa maman l'attend dans la rue.			Bien veiller à ce qu'il remplisse l'autoévaluation pour avoir son opinion ne serait ce qu'écrite.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 7	Axel se rappelle du point, son autonomie est importante. Par contre, il voit ses fautes mais ne les corriges toujours pas seul et c'est là le seul point qui l'empêche d'être totalement autonome durant cette séance. Il est difficile de savoir s'il recherche l'esthétisme dans la tension des fils ou s'il applique seulement mes conseils. D'après le Docteur Pierre, les médicaments qui sont prescrits à Axel peuvent créer des tensions corporelles. Le patient réfléchit seul.			Rester vigilant pour montrer au patient que nous sommes là, mais susciter un maximum l'autonomie pour montrer à Axel qu'il peut y arriver seul. Le choix du motif à réaliser peut faire émerger son expression verbale.
Séance 8	Axel s'est rasé contrairement aux séances précédentes où il faisait moins attention à lui. Il s'exprime aujourd'hui, dit qu'il n'aime pas le point. C'est sans doute pour ça qu'il ne s'est pas réellement investi dans l'activité aujourd'hui. Il me sollicite énormément.			Maintenir l'expression du goût. Faire en sorte qu'il arrive à se concentrer même si il n'aime pas le point.
Séance 9	Axel répond "ouai bof" quand je lui demande si ça va. Mylène (responsable et professeur au conservatoire) lui explique que c'est toujours difficile lorsque l'on apprend un nouveau point. Renée, une autre de mes patientes qui participait à la séance précédente compatit. Le patient n'aime pas ce point alors il ne s'investit pas et me demande souvent mon aide.			Veiller à ce que le patient continue d'exprimer ses goûts notamment en lui proposant des motifs à réaliser. Faire en sorte qu'Axel comprenne que pour arriver à faire quelque chose qu'on aime, on croise parfois des difficultés.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 10	Axel est très autonome, il prend le temps de tendre même si ça a l'air de l'embêter. Il emmène son métier à la maison. Le patient semble avoir compris que l'apprentissage est parfois fait de moments moins agréables mais qu'il faut en passer par là pour progresser.			Mettre en place un projet de réalisation qui plaise à Axel et le pousse à s'impliquer davantage.
Séance 11	Axel dit que c'est difficile mais il aime mieux le nouveau dessin. Il a finit sa dentelle à la maison avec Nadine. Je lui propose un projet pour sa maman. Il n'essaie pas de comprendre le nouveau dessin, je reste avec lui durant toute la séance.			Arriver à savoir ce qu'Axel souhaite réellement réaliser en dentelle. Le soutenir et l'encourager face à la difficulté de ce nouveau point.
Séance 12	Axel ne dit plus "bof". Il a du mal à suivre le dessin et à se concentrer. Je suis toujours à côté de lui. Je tente de le rassurer en lui disant que les débuts sont toujours difficiles pour tout le monde.			Arriver à ce qu'Axel tente de comprendre le dessin, s'implique dans ce qu'il fait et devienne plus autonome.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 13	Axel sourit souvent. Il maîtrise le fond torchon et comprend de mieux en mieux la coquille. Axel attend toujours que je le rassure avant de faire quelque chose.			Laisser petit à petit Axel agir seul. Mettre en place un projet de dentelle après ce carton pour inciter le patient à s'impliquer réellement.
Séance 14	Axel arrive beaucoup mieux à réaliser la dentelle. Je suis "occupée", ce qui le pousse à réfléchir et à agir seul. Axel a les capacités pour y arriver, pour preuve, quand je le laisse faire, il y arrive.			Continuer sur cette voie de l'autonomie.
Séance 15	Axel y arrive davantage. Je lui laisse de plus en plus d'autonomie. Il sourit, ne soupire presque plus. Je lui dis que c'est bien d'avoir un garçon à la dentelle.			Axel devrait maintenant arriver à travailler seul sur ce point.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 16	Axel parle et sourit davantage qu'en début de prise en charge. Il a plus de mal qu'à la dernière séance, il dit ne toujours pas comprendre le dessin.			Je préfère ne pas perturber Axel en lui installant un napperon à réaliser. Pourtant, si nous avions eu plus de temps je pense que cela aurait aidé le patient à s'investir dans l'activité.
Séance 17	Le patient est beaucoup plus expressif. Il comprend mieux le dessin.			Il semblerait qu'Axel trouve du plaisir à faire une activité artistique mais son manque d'investissement peut laisser supposer qu'un autre type d'activité serait peut-être plus adapté à sa personnalité.
Séance 18	Axel dit ne pas encore totalement comprendre le dessin. Peut-être aurait-il fallu réaliser un napperon dans un point plus simple pour renforcer sa confiance en lui. Il finit et repart avec sa dentelle. Dentelle coquille			Je remets à Axel un prospectus avec les activités proposées dans sa région afin, je l'espère, qu'il trouve celle qui lui corresponde le mieux.

*Les dentelles présentées dans le tableau sont des copies de celles réalisées par le patient

d- L'analyse du tableau des séances nous permet de faire le bilan de la prise en charge d'Axel

L'objectif du médecin concernant les séances d'Art-thérapie avec Axel était le suivant : renforcer la confiance en soi du patient par la découverte de ses capacités créatrices.
Or, nous avons vu en début de cette étude, que l'accent serait mis sur la recherche de confiance en soi plus que sur la découverte créative dans un premier temps de prise en charge.
En effet, le patient rencontré en séance d'ouverture puis lors des premières séances d'Art-thérapie semblait timide et réservé, manquant d'assurance et de confiance en lui. Ses mains tremblaient, il ne s'exprimait que très peu et uniquement lorsqu'on lui posait des questions; enfin, il attendait mon approbation pour tous les gestes à exécuter lors de la réalisation d'une dentelle. Et c'est donc avec l'objectif de revaloriser la confiance en lui du patient que j'ai réalisé les séances d'Art-thérapie avec Axel.

Cependant, pour accéder à cet objectif général, certaines difficultés rencontrées au cours des séances ont dû être travaillées. C'est le cas de l'autonomie qui faisait défaut au patient lors des premières séances. Difficultés d'autonomie différentes des problèmes normaux liés à l'apprentissage d'une technique.

Pour remédier à ce manque d'autonomie, j'ai tenté de coller le plus possible au rythme du patient. Axel avait en effet besoin que je lui répète plusieurs fois les gestes à exécuter avant qu'il les comprenne réellement. Mais, une fois le point intégré, je laissais le patient agir seul le plus souvent possible. Il est difficile de travailler l'autonomie lorsque l'on est en apprentissage avec quelqu'un. Cependant, dans le cas d'Axel, il s'agissait d'une difficulté sur laquelle il fallait s'attarder. Chaque point en dentelle est acquis grâce à des cartons d'exercices répétitifs qui laissent du temps à « l'élève » pour bien apprendre. Et ces petits moments où Axel maîtrisait le point, je cherchais à les valoriser en le laissant agir par lui même afin qu'il gagne en autonomie. Et lorsque je savais que le patient maîtrisait le point, j'essayais de ne pas répondre trop souvent à ses demandes, notamment lorsqu'il me regardait pour que j'approuve ce qu'il faisait.

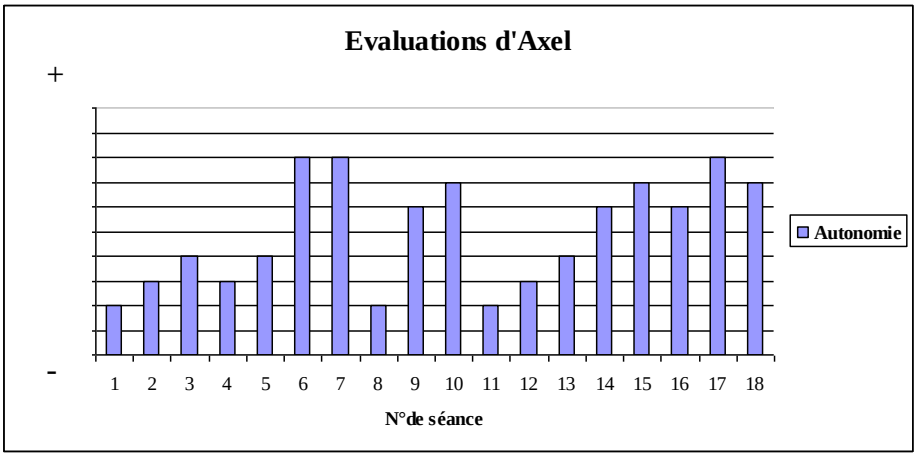


Figure 17 : Evaluation d'Axel

Le tableau ci-dessus fait le récapitulatif des évaluations de l'autonomie d'Axel sur l'ensemble des séances d'Art-thérapie. Les séances où les échelles sont les moins élevées correspondent en général au passage à de nouveaux points à apprendre ce qui explique pourquoi le patient ne pouvait agir seul. Mais, ce qu'il est important de noter, c'est que contrairement aux premières

séances, où le patient connaissait le point mais n'était pas pour autant totalement autonome, lors des séances qui ont suivis il a progressé.

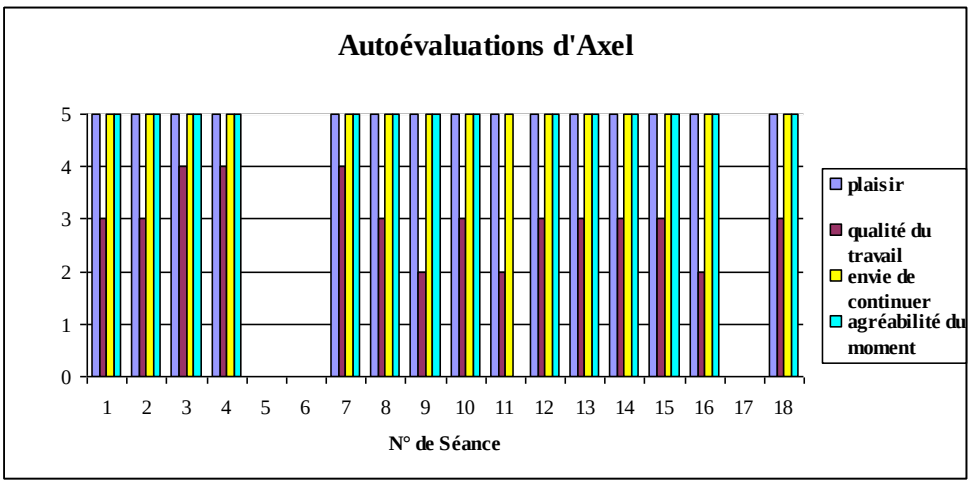


Figure 18 : Autoévaluations d'Axel

Au regard des autoévaluations, il semble que le patient qui n'avait exprimé aucune intention en séance d'ouverture concernant les séances d'Art-thérapie ait pris du plaisir et ait apprécié cette activité. En effet, les cotations du plaisir, du caractère agréable du moment et de l'envie de continuer ont toujours été au maximum de leurs échelles. Malgré tout, ces autoévaluations restent à manier avec précaution car des notes au maximum de leurs échelles peuvent laisser penser que le patient n'est pas capable de faculté critique sur ce qu'il a fait ou ressenti. Cependant, au regard de l'échelle qui note la qualité du travail, nous ne pouvons que constater qu'Axel peut porter un regard critique à son travail. En effet, il n'a, à aucun moment, mis la note maximale à ses réalisations, ce qui montre qu'il n'était pas pleinement satisfait de ce qu'il avait réalisé. Cependant, il n'a pas non plus mis la note minimale, ce qui prouve également qu'il garde une certaine estime de ce qu'il fait.

Ainsi, les différents éléments d'évaluation mis en place attestent que l'objectif fixé par le médecin addictologue a légèrement progressé. Pour autre preuve, ce schéma, qui m'a été donné par le Docteur Pierre lui même et qui indique le niveau de confiance en lui du patient en début et en fin de prise en charge. Bien entendu, cette petite évolution n'est qu'un début d'amélioration, et il est difficile de donner une conclusion catégorique à cet objectif qui mériterait qu'on s'y attarde encore davantage lors d'autres séances d'Art-thérapie.
De plus, si être autonome signifie être sûr de soi et de ses capacités, alors il me semble, que les progrès qu'Axel a réalisé dans ce domaine peuvent faire partie des éléments attestant de l'évolution du niveau de confiance en soi du patient. En effet, ce manque de confiance poussait Axel à me demander régulièrement par des paroles ou des regards si ce qu'il faisait été correct. Or, ce point a été travaillé et il m'est apparu que lors des dernières séances, le patient demandait beaucoup moins mon approbation pour la réalisation de la dentelle.

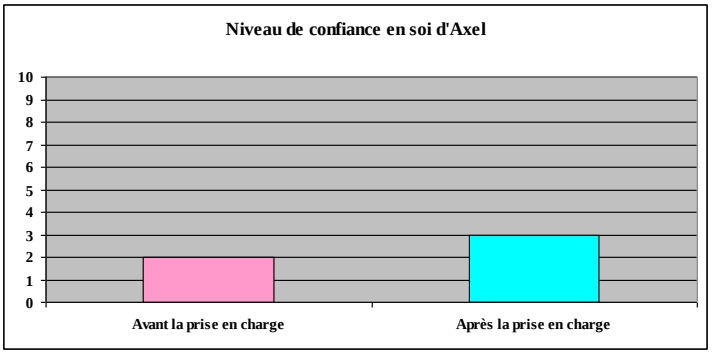


Figure 19 : Schéma du niveau de confiance en soi d'Axel

Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer, que les éléments indispensables au développement de la confiance en soi évoqué en début d'étude ont été travaillés :
-l'affirmation de ses besoins
-l'acquisition de compétences
-la reconnaissance par les autres
Axel à acquis un savoir faire en dentelle, il a su exprimer son goût sur certains points, notamment lorsque ça ne lui plaisait pas et les visiteurs du conservatoire ont été admiratifs de son travail. Le jeune homme timide et réservé, rencontré en séance d'ouverture a su trouver ses marques au sein du conservatoire. Il s'est senti à l'aise avec l'Art-thérapeute au point de lui exprimer ses goûts et ses appréhensions. L'apprentissage de la dentelle a permis à Axel d'acquérir des compétences et de réaliser des dentelles qui attestent de ces connaissances. Les touristes en visite au conservatoire, les professeurs, les élèves et les proches du patient ont tour à tour reconnu ce savoir faire acquis par Axel. Tout ceci a contribué à faire évoluer le niveau de confiance en lui du patient.

4- Etude de cas concernant Clara

a- Le dossier médical Clara nous informe sur sa vie et l'histoire de sa maladie

Ma deuxième patiente est Clara.

Histoire de vie :
Clara est une femme de 41 ans qui vit à Bayeux. Suite au décès de son mari, elle s'est refugiée dans l'alcool.
Puis un nouveau drame est intervenu dans sa vie, un de ses deux fils s'est suicidé. Son lien avec l'alcool s'est alors accentué. Le dossier médical de Clara n'indique pas les dates des décès de ses proches.

Anamnèse médicale :
Clara a fait une tentative de suicide en 2001 puis une autre en 2005. L'alcool est d'après elle, « un pansement pour l'âme ».
Suite à cette période, elle est suivie au CHS* du Bon Sauveur à St-Lô puis, au réseau de santé du Bessin, dans l'unité d'addictologie.
L'équipe propose un soutien et un accompagnement individuel. Elle participe à l'atelier marche et est également suivie diététiquement* car elle a pris du poids suite au décès de son fils. Elle

participe en outre au groupe de parole de l'unité. Il s'agit d'une réunion qu'un ou plusieurs professionnels de l'équipe médicale organisent afin de discuter en groupe de thèmes communs aux alcooliques(le deuil, la solitude,…).
Le médicament prescrit à Clara est le Stablon. Il s'agit d'un médicament utilisé dans le traitement des états dépressifs. Les effets indésirables de cet antidépresseur sont : des troubles digestifs, une sécheresse de la bouche, une diminution de l'appétit, un état de fatigue, des cauchemars, des insomnies ou somnolences, des troubles du rythme cardiaque, des vertiges, des maux de tête, des malaises, des bouffées de chaleur, des tremblements, une gêne respiratoire, des douleurs musculaires, et pour finir, de l'abus ou de la dépendance au médicament, notamment chez les anciens alcooliques.
A ce jour, Clara est encore sous Stablon et le suivi avec la diététicienne est toujours assuré. En outre, Clara effectue des rencontres régulières avec le Docteur Pierre.

b- L'objectif du médecin addictologue et l'intention de la patiente concernant l'Art-thérapie sont précisés en séance d'ouverture

Lors de la séance d'ouverture, c'est-à-dire la première rencontre avec Clara avant le début des séances d'Art-thérapie, nous établissons ensemble le jour et l'heure de prise en charge et la patiente me confie ne pas se sentir capable d'y arriver, de ne rien savoir faire de ses mains et me demande d'être patiente.

La feuille de prescription que me confie le Docteur Pierre indique que Clara présente une alcoolisation relative à un syndrome dépressif réactionnel au décès de ses proches.
L'objectif du médecin addictologue est de **décoller la pensée de la patiente de l'obsession du deuil et de la tristesse.**

Ceci étant l'objectif général à atteindre avec Clara en séance d'Art-thérapie, je souhaite dans un premier temps bien définir le terme « d'obsession du deuil », afin de pouvoir, par la suite, mieux travailler sur cette difficulté.
Une obsession est un symptôme se traduisant par une idée ou un sentiment qui s'impose à la conscience du sujet qui le ressent comme contraignant mais ne parvient pas à le chasser malgré ses efforts pour cela. Ici, la patiente est envahie par la douleur, la tristesse éprouvée à la suite du décès de ses proches.
D'après la psychologue et psychothérapeute, Elisabeth Kübler-Ross, le processus de deuil est composé de cinq étapes : le choc, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Au moment de la prise en charge en Art-thérapie, je ressens chez Clara, une grande tristesse, des remises en question et de la détresse. Le processus de deuil après le départ d'un proche est un long chemin ou les personnes concernées sont envahies par une série d'émotions et de tristesse dont elles pensent qu'elles ne sortiront jamais, sans relâche comme une obsession.
Les séances d'Art-thérapie à dominante dentelle ont donc pour objectif d'aider la patiente à se détacher progressivement de cette grande peine qui l'envahie. Bien entendu, le processus de deuil est complexe, et chacun le vit à son rythme. Et, si peu que ce soit, ma première intention est de permettre à la patiente de redécouvrir des petits moments de plaisir grâce à la pratique de la dentelle.
La patiente m'a confié en cours de prise en charge être suivie par un psychothérapeute extérieur au réseau, ce qui, dans le cas de Clara me semble tout a fait indiqué. En effet, le travail sur les phases du deuil sont des objectifs psychothérapeutiques que l'Art-thérapie peut accompagner, mais ce n'est en aucun cas son rôle principal.

c- Les séances réalisées avec Clara sont détaillées dans un tableau

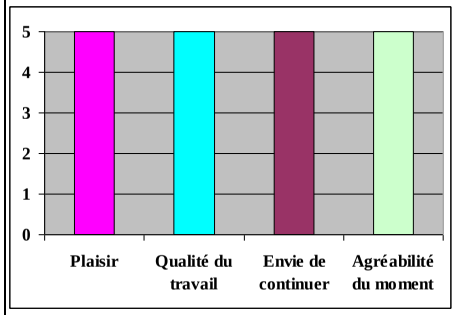
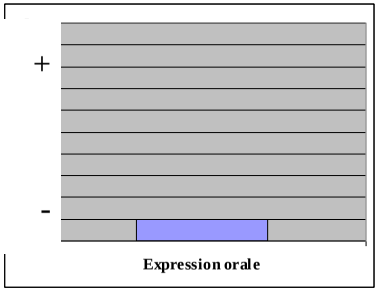
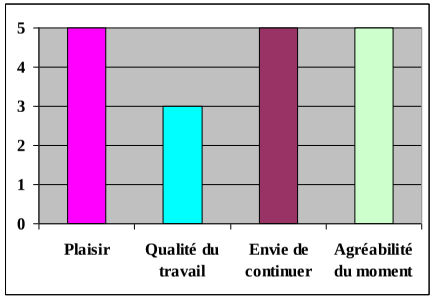
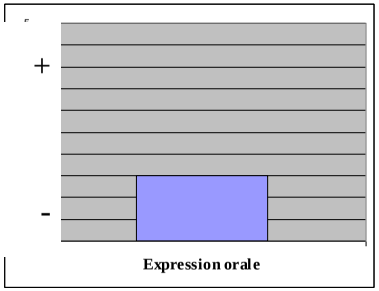
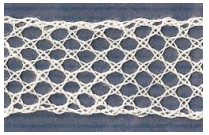
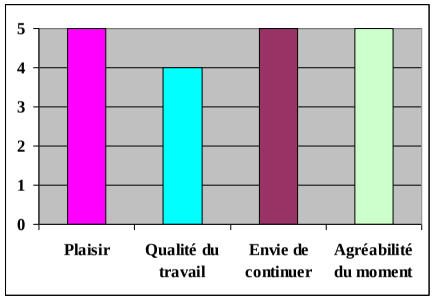
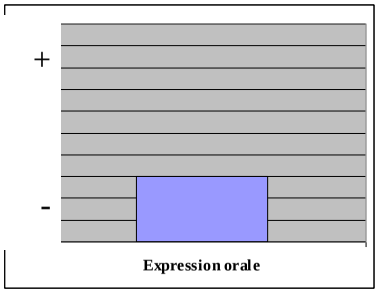
Le 09 février 2010, les séances d'Art-thérapie à dominante dentelle débutent avec Clara au conservatoire de la dentelle de Bayeux et comme pour Axel, un tableau fait le récapitulatif des séances avec la patiente.

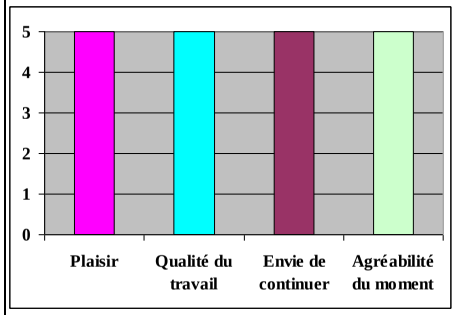
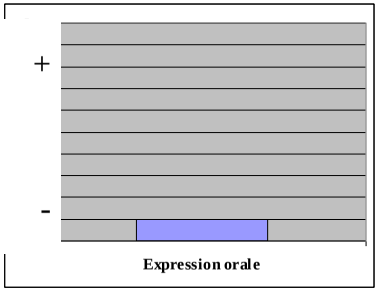
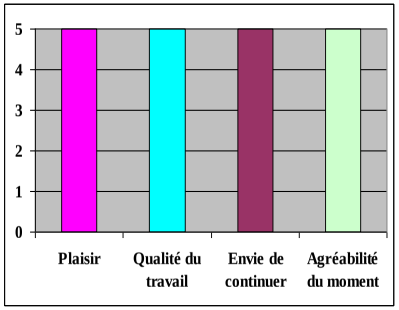
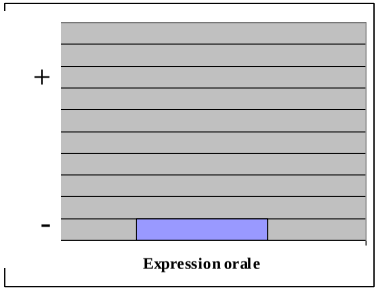
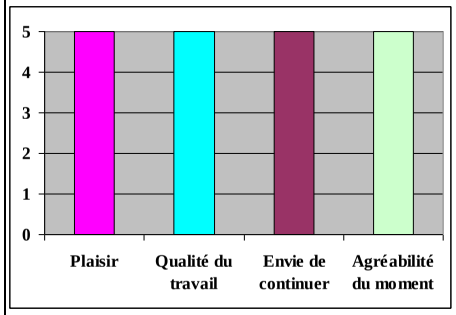
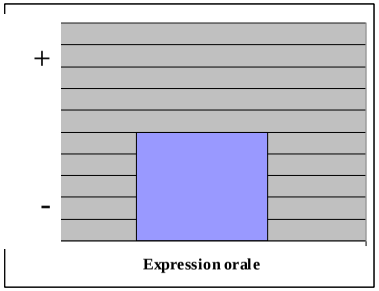
Les rubriques « **observations, autoévaluations et objectifs intermédiaires »** ayant été décrites dans l'étude de cas d'Axel, je ne m'attarderai pas à les réexpliquer ici.

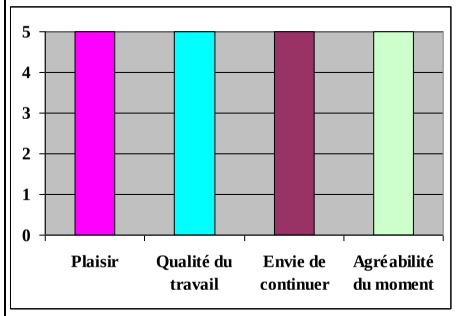
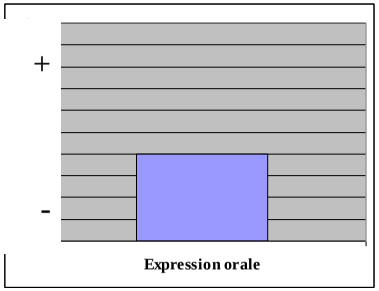
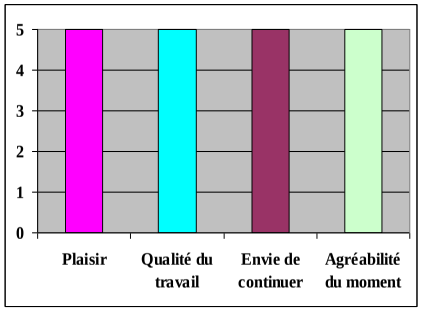
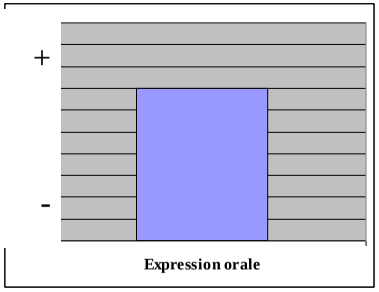
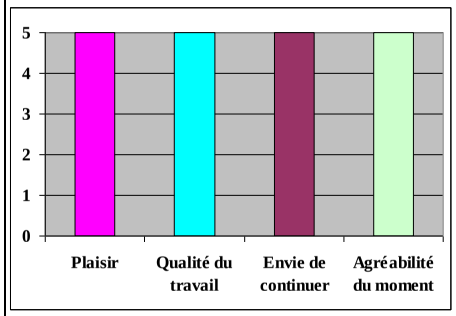
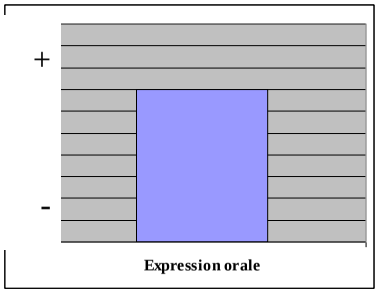
En revanche, la rubrique **évaluation** est différente d'un patient à l'autre.
Clara est une patiente qui parle peu et j'ai donc choisis de coter son expression à l'orale. En effet, il est important de conserver et de travailler cette expression afin que la patiente ne s'isole pas totalement des personnes qui l'entourent.

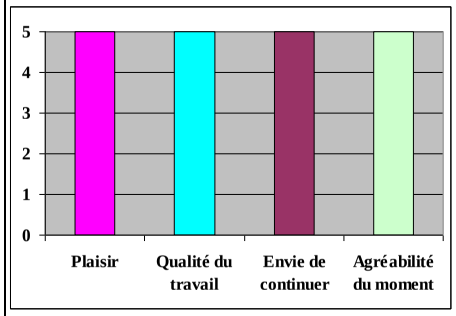
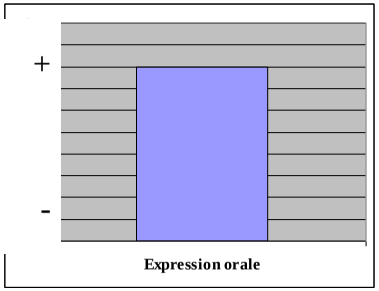
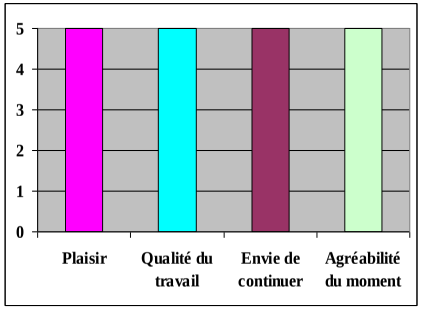
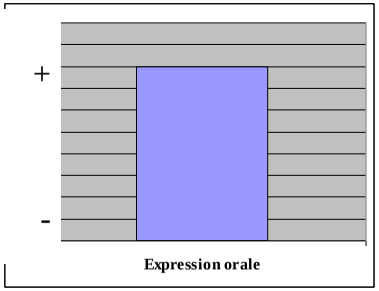
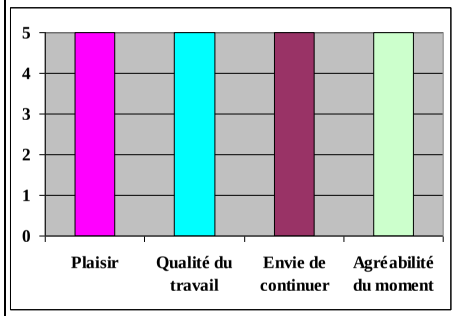
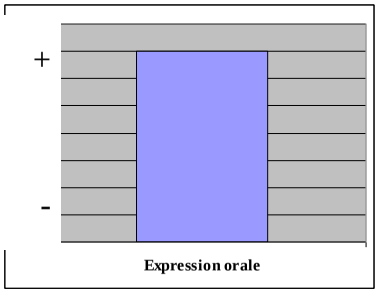
S'exprimer facilement à l'oral signifie généralement être à l'aise avec les personnes qui nous entourent et cela facilite l'échange. Or, lors des premières séances, Clara ne nous connaissant pas, ni moi, ni les autres personnes présentes au conservatoire, on comprend qu'elle se soit peu exprimée. La patiente étant de caractère timide et réservé, ses paroles se résumaient aux : bonjour, merci et au revoir.
Cependant, au fur et mesure des séances, et malgré la connaissance du lieu et des personnes qui s'y trouvaient, l'expression de Clara ne s'est pas développée. Clara n'entamait jamais de réelle discussion avec les autres. Ainsi, la timidité n'était pas l'unique raison des difficultés de communication de la patiente. J'ai donc décidé d'évaluer l'expression au fur et à mesure des séances afin de savoir si l'Art-thérapie apportait une réponse bénéfique à ce problème.
J'ai évalué l'expression orale de Clara selon différentes observations :
-la patiente ne parle pas du tout
-la patiente s'exprime uniquement pour répondre aux questions de l'Art-thérapeute
-la patiente s'exprime uniquement pour les formules de politesse
-la patiente pose des questions sur le travail qu'elle a à réaliser
-la patiente parle aux autres professeurs
-la patiente parle aux autres élèves
-la patiente pose des questions qui n'ont pas de rapport direct avec le travail à réaliser
-la patiente entame une discussion d'elle-même sans qu'une autre personne vienne l'aborder

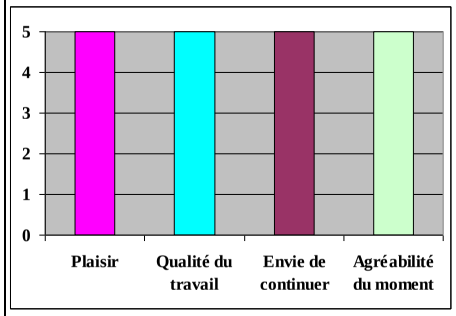
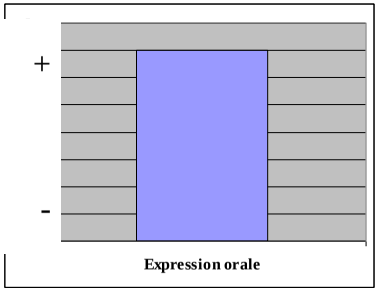
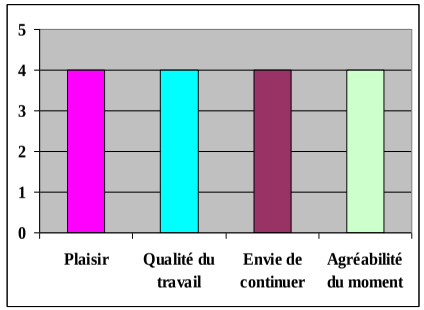
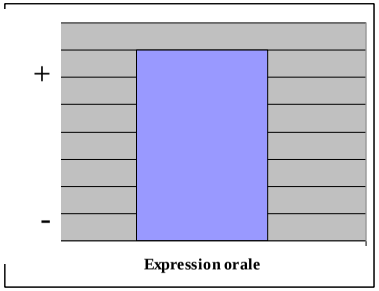
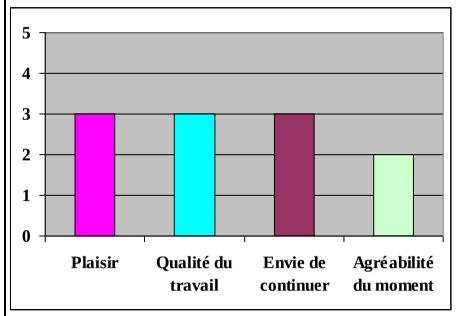
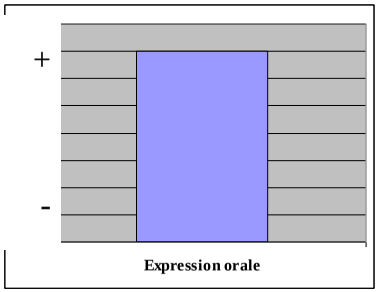
L'expression orale a été évaluée au moyen de mes observations sur une échelle du – au +. Contrairement à la mesure de l'autonomie, la cotation de l'expression orale peut être quantifiable. Ainsi, j'aurais pu compter le nombre de ses paroles et les retranscrire sur une échelle numéraire. Cependant, comme je l'ai dit en début de ce chapitre, ce n'est que pour des raisons de dominante artistique que j'ai choisis ce principe évaluatif du – au +. L'importance de l'apprentissage en dentelle demande à l'Art-thérapeute d'être constamment au côté de son patient et le recul nécessaire pour certaines évaluations était donc difficile à prendre.

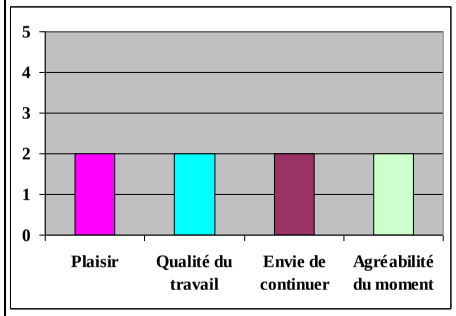
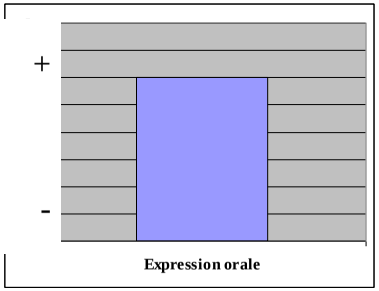
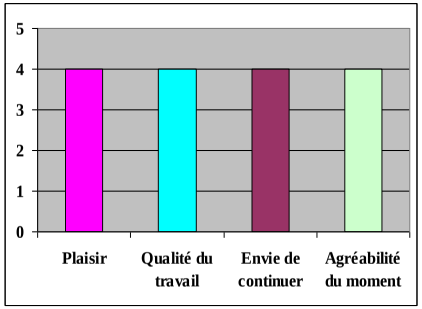
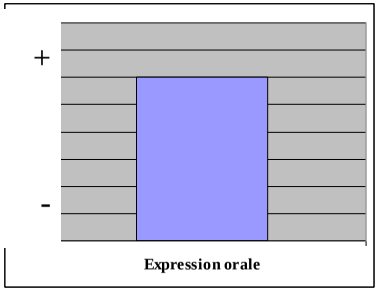
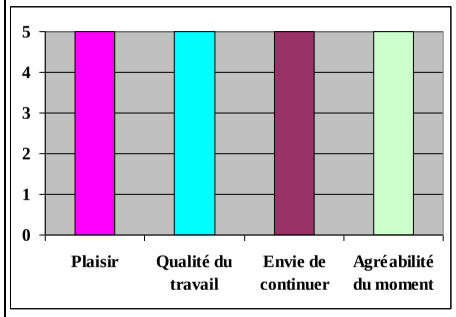
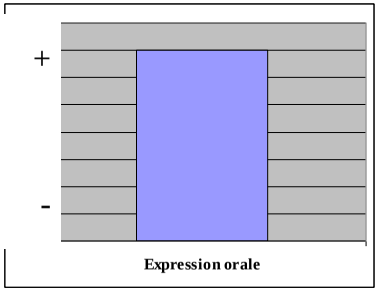
	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 1	La patiente est enrhumée et ses lunettes sont à revérifier (ne voit pas bien les trous). Absence de tremblements pendant la pratique. Expression verbale peu développée. A persévéré malgré les grandes difficultés du début. Progression lente. A la fin de la séance, l'autonomie de Clara se développe. Présence de l'art-thérapeute en continu auprès de la patiente. Fin de séance plus agréable et détendue. Adaptation des explications.			Il faut montrer à Clara qu'elle est capable d'y arriver. Accompagner en douceur, diversifier les stratégies d'apprentissage afin de trouver celle adaptée à la patiente et diminuer l'aide quand cela est possible pour renforcer l'autonomie. Veillez au développement de l'expression orale.
Séance 2	La patiente cherche à mieux tendre et à bien placer les épingles. Elle se plonge rapidement dans l'activité contrairement à la première séance. Clara repère mieux les trous et ce qu'il faut faire. Elle est ennuyée de se tromper de fuseau mais se corrige d'elle même. Clara fait des efforts, elle écoute mes conseils. Elle oublie parfois de refermer derrière l'épingle. Passage au point double trop rapide, ce qui l'a perturbée. Clara regarde autour d'elle. Plus d'autonomie que la dernière fois. Elle sourit et dit au revoir à tout le monde en partant.			Rester en point simple pour bien l'intégrer.  Dentelle en fond torchon que Clara est en train de réaliser.
Séance 3	Le Docteur Pierre m'a indiqué que Clara présentait quelques problèmes cognitifs, notamment, des trous de mémoire. Se trompe de fuseaux mais s'en rend compte et se corrige. A bien intégré le point. Pas de fautes mais une tension irrégulière. Clara, me dit bonjour, au revoir et merci. Autonomie beaucoup plus importante. La patiente emporte sa première dentelle.			Passage au point double. Accompagner la patiente en douceur, à son rythme. Gagner la confiance de Clara me permettra d'échanger davantage avec elle.

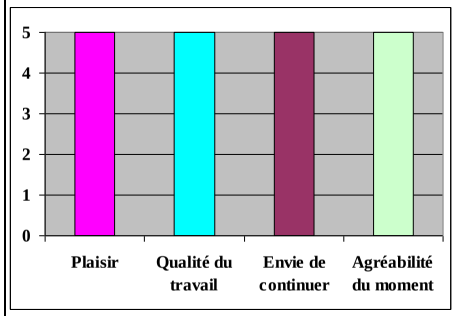
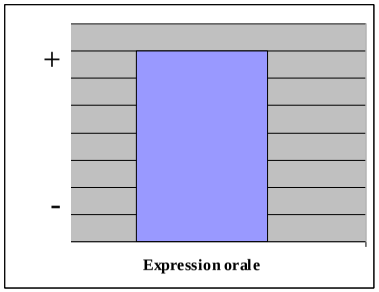
	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 4	La patiente ne tremble pas durant l'activité. La patiente voit ses fautes d'elle-même. Clara est à l'aise avec le point, elle prend confiance en elle et est de plus en plus autonome. Sa dentelle ne comporte que peu de fautes et est bien tendue. La patiente dit ne pas voir le temps passer, elle sourit et remercie l'Art-thérapeute. La patiente est arrivée en avance à la séance.			Accompagner à son rythme la patiente pour qu'elle soit rassurée et à l'aise dans le lieu et qu'elle devienne de plus en plus autonome. Il faudrait que la patiente s'exprime autrement que par de simples formules de politesse. Il est important de poser des questions à la patiente pour l'inciter à s'exprimer.
Séance 5	Clara n'a pas du tout besoin que je lui réexplique le point. Elle se plonge instantanément dans l'activité et n'a besoin d'aucune aide. La patiente voit ses fautes et cherche à les corriger seule. Recherche esthétique dans la tension, elle prend son temps, replace les épingles, ... Clara ne connaissait pas certaines personnes présentes et s'est donc encore moins exprimé. Je lui annonce que nous verrons un nouveau point la semaine prochaine. La séance a duré 1h30 afin que Clara finisse son carton. Elle me dit que son psy est content qu'elle sorte de chez elle.			Pour Clara, amener le métier chez elle pourrait être envisagé après s'être assuré que le point est totalement compris et que d'agir seule ne la mettra pas en échec. Ramener son métier chez soi fait partie de l'enseignement que l'on reçoit au conservatoire, mais ici, il s'agit de patients et non pas d'élèves et ce passage est plus délicat. Mais il permettrait cependant, de rompre avec le quotidien de deuil et de tristesse que la patiente endure chez elle.
Séance 6	Clara n'est pas coquette. Ses mains tremblent en début de séance mais ces tremblements s'estompent peu à peu. Il s'agit d'un nouveau point qui est relativement vite acquis. Besoin de guider les mains de la patiente en les touchant. La patiente voit ses fautes mais ne les corrige pas. Clara échange quelques mots avec les autres dentellières. Elle n'aime pas trop le point. Elle sourit beaucoup. Elle admire le travail de Mylène Salvador.			Guider Clara en douceur vers l'acquisition de nouveaux points, puis la laisser agir seule pour renforcer sa confiance en elle. Séances plus longues et travail à la maison sont envisageables. Les échanges avec les autres dentellières peuvent permettre de développer l'expression orale de la patiente.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 7	Clara dit avoir des trous de mémoire. Elle connaît le point mais il faut beaucoup lui réexpliquer. Clara prend toujours un petit temps pour se poser avant l'activité. Je guide toujours les mains de la patiente. Lorsque la patiente pense avoir fait une faute, elle défait le point. Autonomie quasi-nulle. Quelques fautes, tension inégale. Clara s'énerve de ne pas y arriver comme elle le voudrait. Elle s'intéresse aux œuvres d'artistes, notamment à celle que Mylène, l'une des dentellières du conservatoire est en train de réaliser. Elle serait d'accord pour venir plus longtemps.			Prêter à Clara le livre Métissage, qui présente des œuvres textiles. La patiente doit décider du temps qu'elle a envie de passer à la dentelle. Solliciter l'expression orale par des questions sur ce qu'elle aime ou pas, sur ce qu'elle aurait envie de réaliser.
Séance 8	Clara a moins de trous de mémoire que la fois précédente. Elle ne tend pas comme il faut pour que ça soit joli. La patiente avance lentement. Elle est moins souriante que certaines fois. Clara nous parle de ses vacances prochaines. La patiente nous a amené des caramels. Elle rencontre une des élèves qu'elle connait. Je lui prête le livre Métissage.			Il faudrait à Clara des séances de plus longue durée. Réfléchir à des productions plus créatives à proposer à Clara.
Séance 9	L'autoévaluation pose question car Clara met toujours les mêmes notes. Elle admire les pièces réalisées par deux professeurs meilleurs ouvriers de France. Elle me parle de ses fils. Elle a regardé et a montré le livre que je lui avais prêté. Elle reste avec moi jusqu'à la fermeture de l'atelier.			Progression au rythme de Clara pour ne pas la mettre en échec. Objectif de création personnelle mettant en application tout ce qu'elle a vu. Veillez à ce que les sujets de discussion abordés avec Clara ne soient pas liés au deuil.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 10	Clara dit qu'elle a montré sa dentelle à son psy. Elle dit faire un peu de broderie avec sa sœur. Elle trouve le prochain motif joli. Je lui propose de réaliser par la suite un bijou ou un napperon.			Projet de création d'un bijou en dentelle. Affirmation de soi quand elle le portera. Remise en valeur de sa féminité.
Séance 11	Clara est très autonome. Elle ne m'appelle qu'en cas de trou de mémoire. Elle prend bien le temps de tendre. Elle est d'accord pour la réalisation d'un bijou et le trouve joli mais a peur que ça soit compliqué. Clara emmène son métier chez elle.			Laisser Clara prendre son temps. Rester près d'elle pour la rassurer. Garder en tête la réalisation d'un projet de bijou mais la rassurer quant à sa difficulté.
Séance 12	Clara me demande si ma formation s'est bien passée. Son chien a renversé son métier, elle est désolée. Elle n'a pas fait de dentelle à la maison, elle a peur pour le dessin suivant. La patiente blague et rigole. Elle admire le travail de Mylène.			Clara voit l'apprentissage du prochain point comme quelque chose d'insurmontable et il faut donc aider la patiente à relativiser en la rassurant. Il faut veillez à conserver les impressions de la patiente. Il est important qu'elle continue d'exprimer ce qu'elle ressent.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 13	La patiente nous a écrit une carte postale et nous ramène des nougats de ses vacances. Elle travaille lentement, elle a peur pour le prochain carton. Clara sait parfaitement exprimer ses peurs face à de nouvelles réalisations.			Clara a toujours peur pour le point suivant. Lors des prochaines séances, nous finirons ce point et il faudra accompagner la patiente en douceur face au nouveau carton et prévenir que les difficultés sont normales mais passagères.
Séance 14	Clara a presque fini son carton. Elle exprime vraiment son appréhension du prochain motif. Il faut la rassurer. Elle remercie comme toujours l'ensemble des dentellières. Elle regarde le travail de Mylène.			Lors de la prochaine séance, nous commençons le prochain carton. L'autonomie de Clara va être perturbée et la compréhension risque d'être difficile au départ. C'est pour cela qu'il faudra être patient, répéter et s'adapter pour que Clara passe cette étape en restant positive.
Séance 15	Le carton est fini. Clara est étonnée que Mylène soit partie du conservatoire. La dentellière est partie en pré retraite pour des raisons de santé. Clara espère qu'il ne lui arrive rien de grave. Elle dit qu'elle est "bête" et qu'elle n'arrivera pas à réaliser la prochaine dentelle. Je la rassure, on prendra le temps qu'il faudra. C'est son anniversaire.			Lors de la prochaine séance, rester constamment à côté de Clara afin que le passage au prochain carton ne la mette pas en échec. Clara sait désormais très bien exprimer ce qu'elle ressent à l'Art-thérapeute. Clara à réalisé une dentelle en point de toile.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 16	Clara me demande toujours si je vais bien. On entame un nouveau motif qu'elle comprend relativement bien. Je la rassure, elle me dit qu'elle appréhendait. Peut-être sommes nous restées trop longtemps sur l'ancien motif.			Clara a perdu sa confiance en elle, il faut la soutenir au maximum sur ce nouveau carton car elle trouve joli mais se sent incapable d'y arriver. Le réaliser lui permettra peut-être de regagner cette confiance.
Séance 17	La patiente se débrouille bien et elle se sent moins stressée qu'avant de commencer le carton. Clara me pose beaucoup de questions et notamment sur la date de fin de stage.			Clara avance lentement mais cette lenteur la rassure. Attention à ne pas rentrer dans une boucle d'inhibition. Peut-être faudra t-il raccourcir un peu la taille des cartons pour ne pas rester sur le même trop longtemps.
Séance 18	Clara comprend beaucoup plus le dessin mais je la guide malgré tout pour ne pas la mettre en échec. Discussion avec l'un des professeurs du conservatoire afin de trouver une suite à donner au stage.			Nous prévoyons avec un des professeurs de dentelle que Clara s'inscrive au conservatoire.

	Observations	Auto évaluations	Evaluations	Objectifs intermédiaires
Séance 19	Clara agit sans mon aide à de nombreuses reprises. Elle échange librement avec moi et les autres personnes présentes au conservatoire mais ces discussions débutent souvent par des questionnements posés par l'Art-thérapeute ou les professeurs. Clara finie sa dentelle coquille.			Clara s'est inscrite au conservatoire et y reviendra dès la semaine prochaine afin de continuer à rompre l'enfermement dans lequel elle s'était plongée.

*Les dentelles présentées dans le tableau sont des copies de celles réalisées par le patient

d- L'analyse du tableau des séances nous permet de faire le bilan de la prise en charge de Clara

L'objectif du Docteur Pierre concernant les séances d'Art-thérapie avec Clara était le suivant : décoller la pensée de la patiente de l'obsession du deuil et de la tristesse.
Il est vrai qu'en séance d'ouverture, la Clara que j'ai rencontrée était éteinte, vide. La patiente était douce mais parlait très peu et ses sourires semblaient cacher une profonde tristesse. La patiente se trouvait dans une phase de dépression réactionnelle au décès de ses proches et la pratique de l'Art-thérapie devait lui permettre d'entrevoir une sortie à cette phase douloureuse de sa vie.

Pour atteindre cet objectif, il a fallu travailler sur certaines difficultés présentent chez la patiente, comme la quasi absence d'expression orale. Clara n'était pas seulement enfermée dans son deuil, elle l'était également dans sa vie. Elle restait cloîtrée chez elle, avec très peu de contact avec le monde extérieur et donc très peu d'échange.
Pour travailler sur cette difficulté, j'ai insisté lors des premières séances sur les questions liées à l'apprentissage qui obligeaient Clara à répondre et à s'exprimer. Puis, les discussions entre élèves et professeurs du conservatoire ont amené tout naturellement la patiente à échanger sur des sujets de discussions divers et variés. Clara était une personne timide avant le décès de ses proches. C'est son caractère et il ne s'agissait en aucun cas de le changer. Mais il faut distinguer ce qui relève de la timidité de ce qui relève de l'isolement. Clara, même si elle parle peu, aime parler. Nous l'avons rapidement constaté lorsqu'elle s'est sentie à l'aise avec les personnes présentes au conservatoire et qu'elle a commencé à échanger avec elles. C'est l'enfermement que s'imposait la patiente qui l'a isolé des autres.

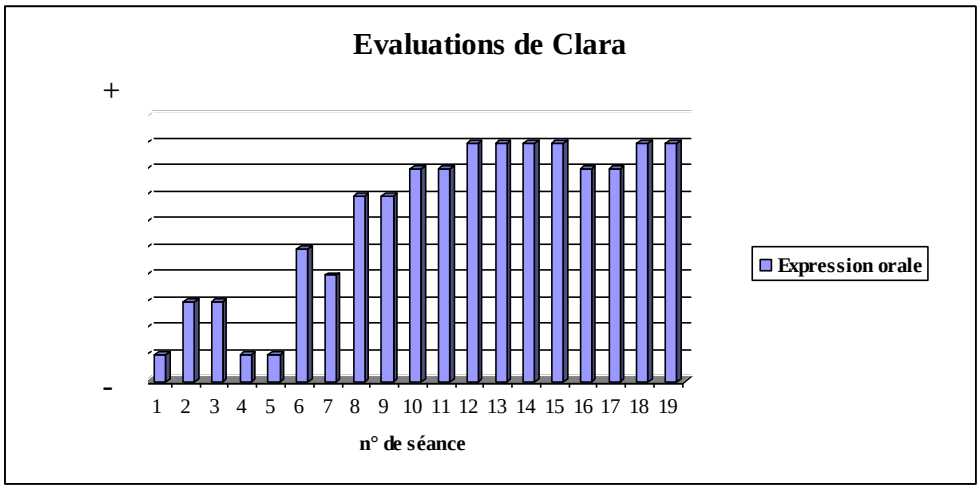


Figure 20 : Evaluation de Clara

Il est évident au regard des observations que le manque d'expression orale chez Clara n'était qu'une difficulté liée à sa situation de deuil. Cependant, j'ai tout de même décidé d'évaluer cette difficulté jusqu'à la fin des séances pour affirmer que Clara était sortie de cette phase d'isolement oral, du moins durant les séances d'Art-thérapie.

Ainsi, au regard de l'évaluation ci-dessus, nous pouvons dire que Clara a quitté l'enfermement social dans lequel elle s'était réfugiée suite au décès de ses proches. La patiente est aujourd'hui de nouveau capable d'échanger sur des sujets qui n'ont pas de rapport avec son obsession du deuil. Cependant, je mettrai tout de même une parenthèse sur ces propos. En effet, les

informations collectés lors des premières séances dans le dossier de la patiente, nous informent sur sa vie, mais ne nous diront jamais tout. Pour attester d'un réel changement dans la vie de Clara après la prise en charge en Art-thérapie, il aurait fallu :
-d'une part, avoir davantage de détail sur l'état dépressionel de la patiente avant les séances
-d'autre part, pouvoir prendre connaissance du changement effectué par l'Art-thérapie dans la vie quotidienne de la patiente.
C'est pour cette raison que j'émets quelques réserves à ce bilan et qu'avec mes prochains patients, j'accorderai encore plus d'importance à la séance d'ouverture qui permet réellement d'appuyer les bilans de prise en charge.

Ceci étant dit, les résultats constatés lors des séances sont bels et bien là et permettent d'attester que la dentelle a permis à Clara de sortir de chez elle et de détourner sa pensée de la tristesse qui l'obsédait, notamment grâce à l'échange avec les autres.

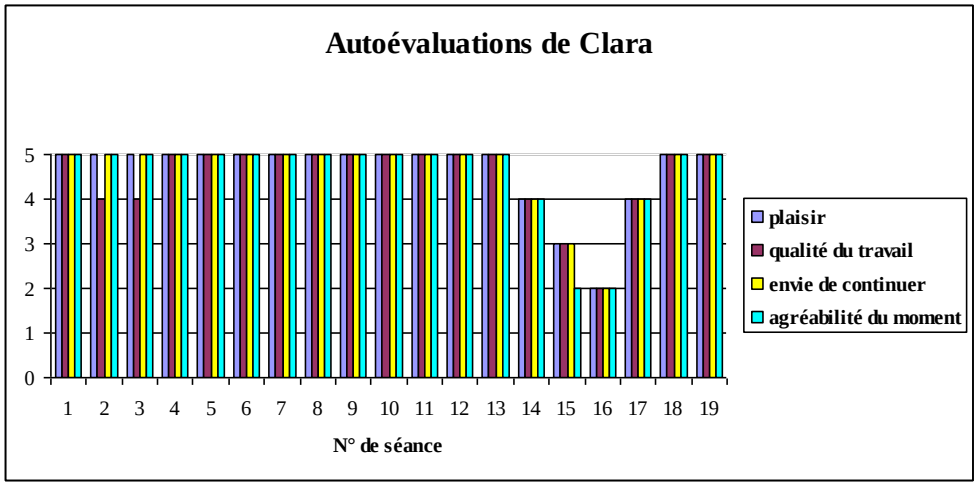


Figure 21 : Autoévaluations de Clara

En ce qui concerne les autoévaluations, mise à part quelques séances où les échelles ont baissé, la majorité des séances a été notée par Clara au maximum de leur cotation. Les quelques séances où les échelles ont diminué correspondent aux séances précédant puis succédant l'apprentissage d'un nouveau point que la patiente appréhendait. Ces variations dans les résultats nous montrent bien que Clara a compris et est capable de s'auto évaluer, ce que je craignais au regard de la première séance où la patiente semblait avoir du mal à comprendre le système de cotation de 0 à 5, ou lors des séances où les échelles sont restées stables. Il semble au regard de ces autoévaluations que les séances d'Art-thérapie aient réellement plus à la patiente et c'est pour cela sans doute que ses notes sont si élevées.

Clara a pris plaisir à venir faire de la dentelle. La patiente a su s'impliquer dans l'activité et se concentrer sur ce qu'elle faisait, ce qui l'a sans doute aidé à décoller sa pensée des obsessions de deuil et de tristesse qui l'obsédaient, du moins lors de l'activité Art-thérapeutique.

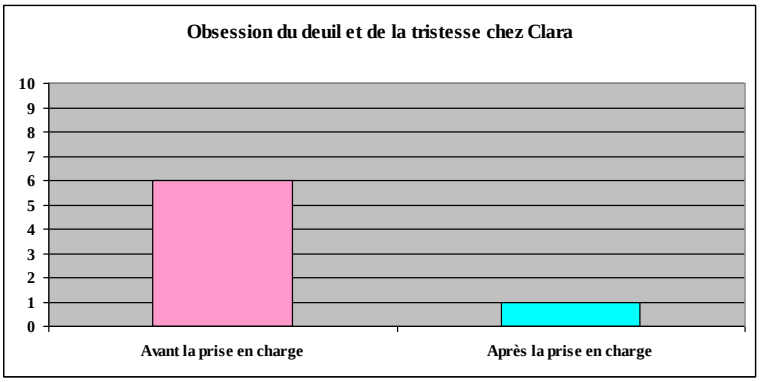


Figure 22 : Graphique évaluant l'obsession du deuil chez Clara

Le graphique ci-dessus m'a été donné par le Docteur Pierre à la fin des séances d'Art-thérapie. Au regard des différentes observations décritent précédemment, il apparait que la patiente ait entrevu une porte de sortie à sa longue phase de deuil et de tristesse.
A la fin des séances d'Art-thérapie, il a été proposé à Clara de poursuivre l'activité, ce qu'elle a fait et qu'elle continue de faire encore aujourd'hui avec un des professeurs du conservatoire.
Il faudra bien évidemment encore du temps à Clara pour qu'un impact réel soit constaté dans sa vie quotidienne mais il semble au regard du schéma qui précède, que l'objectif du médecin ait favorablement et considérablement progressé durant la prise en charge.

C- Les études de cas nous permettent d'apporter une réponse à l'hypothèse énoncée en chapitre I

L'hypothèse pour laquelle je souhaite apporter une conclusion au terme de ces études de cas, a été définie en première partie de ce mémoire de la façon suivante : **l'Art-thérapie à dominante dentelle, par l'utilisation de la technique va permettre à la personne alcoolique de travailler sur le réel qu'elle cherche à fuir.**
Cette supposition a été élaborée à partir d'une des caractéristiques connues de la personne alcoolique et seule l'analyse des cas rencontrés lors du stage nous permet de conclure à sa véracité.

Ainsi, nous avons vu en première partie de ce mémoire que le patient alcoolique boit pour oublier la réalité qui le fait souffrir et s'enfermer dans un imaginaire protecteur. Nous en avons donc conclu que l'utilisation de l'Art à des fins thérapeutiques n'était peut être pas la meilleure solution à adopter face à ce trouble, sachant que l'imaginaire joue un rôle important dans le processus créatif.
Cependant, l'utilisation d'une dominante artistique qui accorde une importance toute particulière à la technique d'apprentissage pourrait apporter une réponse à cette caractéristique de l'alcoolique. En effet, nous avons pu voir que la dentelle était à la fois une technique artistique mais également une technique artisanale qui peut nous permettre de travailler sur la réalité qui fait tant souffrir l'alcoolique. L'apprentissage de la technique est essentiel dans un premier temps car en dentelle, on ne peut rien concevoir sans l'avoir acquise et c'est cette technique qui va nous permettre de travailler sur la réalité.

C’est ainsi que j’ai proposé à l’ensemble de mes patients un apprentissage classique de la dentelle que j’ai bien sûr adapté en fonction des difficultés de chacun ; l’objectif étant de ne plus voir la réalité comme quelque chose de subi mais comme quelque chose pouvant aussi être agréable.

A la lecture des dossiers des patients, nous avons pris connaissance de ce qu’ils recherchaient dans l’alcoolisation
Pour Axel : l’alcool était un des produits qui l’aidait à oublier son malaise, son sentiment d’abandon paternel, l’absence de sa fille, les conflits avec sa mère,…
Pour Clara : l'alcool était « un pansement pour l'âme », qui l’aidait à voir la vie plus légèrement après les décès de ses proches.

Ainsi, pour ces 2 patients, il est évident que l’alcool permet de fuir la réalité de la vie qui les fait souffrir. Chercher à s’évader, tenter de trouver du réconfort au milieu de tous les drames de la vie, tel est le but de l’alcool pour mes patients. Le Docteur Pierre a d’ailleurs confirmé que cette caractéristique de fuite du réel se retrouvait chez beaucoup de ses patients addictifs.

Les patients que j’ai pris en charge étaient stables au niveau de l’alcool. C’est la condition fixée par le Docteur Pierre pour qu’ils puissent participer aux séances d’Art-thérapie. Mais si l’alcool n’est plus censé faire partie de leur vie, la réalité qui les poussait à consommer n’a, elle, pas changé. Il faut donc aujourd’hui apprendre à l’affronter sans l’alcool et l’Art-thérapie dentelle est je pense un moyen de la réaborder plus sereinement et de réapprendre à l’aimer. Pour la plupart des gens qui ne connaisse pas la dentelle, travailler sur ce type d’ouvrage parait irréalisable. « Il faut avoir de bons yeux ; quelle patience ; ça doit être compliqué… », a toute ces phrases de visiteurs, mon professeur, Mylène Salvador avait une réponse, « j’utilise une loupe ; je n’ai de patience que pour ce que j’aime ; tout s’apprend au fur et à mesure… ». Ainsi, il est évident que comme pour tout apprentissage, la dentelle implique des moments plus compliqué, mais ce n’est rien au regard de la fierté de réaliser un tel ouvrage. Quand on apprend à connaitre la dentelle, on la voit différemment. On la voit comme une activité ludique et inédite qui apaise les gens qui s’y adonnent.

En outre, l’apprentissage de la dentelle a permis à mes patients de se confronter à la réalité, de ne pas la fuir comme ils le faisaient avec l’alcool. Apprendre la dentelle oblige à rester dans le réel, ce n’est que lorsque l’on maîtrise la technique qu’un processus créatif peut être envisagé avec cette dominante. L’imaginaire n’était donc pas du tout mis en avant lors de ce stage, ce qui était tout à fait l’objectif dans un premier temps de prise en charge. Il fallait stabiliser les patients dans la réalité, ce que l’apprentissage de la technique a permis de faire. Et le but de la pratique artistique était que cette réalité, le patient apprenne à la voir différemment, qu’elle devienne agréable.

En ce qui concerne Axel, les médicaments qui lui sont prescrits ont pour objectif de bloquer son imagination délirante. Par conséquent, la confrontation avec la réalité est belle et bien présente chez ce patient. Cependant, comme nous l’avons vu précédemment, cette réalité n’est pas toujours tendre. Au regard des autoévaluations, nous avons conclu que les moments passés au conservatoire étaient agréables. Il semble qu’Axel ait perçu que la pratique d’une activité artistique pouvait lui faire du bien. La nécessité de devoir apprendre la technique en dentelle correspondait bien au patient, qui a tendance à vivre sa vie comme un travail. Ici, le travail semblait agréable pour le patient.

Pour Clara, la réalité se résumait à l'enfermement social et à la dépression. Au cours des séances, nous avons pu voir que la patiente s'est ouverte aux autres et a apprécié l'activité dentelle. Une fois par semaine elle voyait la réalité autrement et on imagine même que ce moment était agréable pour elle car aujourd'hui, malgré la fin du stage, elle a continué la dentelle. Tout comme pour Axel, il semble que l'impact de l'art-thérapie sur la vie quotidienne soit désormais à travailler. Clara a de nouveau perçu que la réalité pouvait être agréable. La patiente s'est beaucoup intéressée a ce que faisaient les autres dentellières et notamment aux collaborations qu'elles réalisent avec les artistes contemporains. Il me semble alors que la création en dentelle est une suite à envisager avec Clara.

Pour l'une de mes patientes, la création est donc une suite à envisager à la thérapie, mais il faudra veiller à ce que l'imaginaire qu'elle utilisera lors de l'acte créatif ne devienne pas lui-même objet d'addiction. Cependant, avec l'utilisation de la dentelle comme dominante, les risques sont moindres, car la technique ramène sans cesse le patient dans le réel.

Ainsi, la dentelle comme dominante Art-thérapeutique semble adaptée à la pathologie alcoolique ou du moins à l'une de ses caractéristiques. De même, elle pourrait être adaptée à d'autres problématiques thérapeutiques présentant cette distance avec le monde réel, comme les autistes par exemple.
Mais il ne s'agit pas ici de dire que la dentelle est « la solution » à la problématique alcoolique. D'autres mémoires, notamment celui de Jacques Agasse montre que les arts plastiques amènent également des résultats concluant sur le traitement de l'alcoolisme.
Bien entendu, l'Art-thérapie à dominante dentelle n'est pas à indiquer pour toutes les pathologies. Pour les personnes malvoyantes par exemple, il semble que la technique pourrait les mettre en échec.
Le mémoire de Laure Zambetti propose, lui, un travail sur l'intérêt de l'imaginaire en Art-thérapie pour des adolescents IMC, et il semble alors qu'avec ce type de public, la dentelle devra trouver le moyen d'entrer dans l'imaginaire plus rapidement.
Quoi qu'il en soit, l'une des principales caractéristiques de l'Art-thérapeute est la capacité d'adaptation et de la même manière que la dentelle a trouvé sa spécificité auprès du malade alcoolique, elle la trouvera auprès d'autres pathologies.

L'Art-thérapie à dominante dentelle, par l'utilisation de la technique a donc permit à la personne alcoolique de travailler sur le réel qu'elle cherche à fuir. Cependant, en ce qui concerne l'adaptation, j'aimerai revenir sur le cas d'une autre de mes patientes qui nous prouve que rien n'est définitif, et qu'une personnalité peut venir ébranler tout une hypothèse.

Il s'agit de Nadine pour qui l'alcool était une réponse aux conflits familiaux, au stress de la vie quotidienne et aux douleurs du passé.

Pour cette patiente, nous avons pris conscience au fur et a mesure des séances du stress qu'engendrait la vie quotidienne. La patiente souhaitait prendre un temps pour elle lors des séances d'Art-thérapie mais la vie quotidienne qui l'attendait a la sortie l'a bien souvent empêchée de se consacrer pleinement à l'activité.
Nous avons cependant noté à plusieurs reprises que la patiente s'impliquait réellement dans l'activité par exemple lors de la réalisation d'un bijou ou lorsqu'elle décida de rester 30 min de plus au conservatoire. Il se pose alors la question de la cotation du trouble réel/imaginaire. Il semble que pour cette patiente, la réalité engendre un stress qui est nocif pour sa vie en générale. La réalisation du bijou a permis de mettre en avant le fait que pour cette patiente, l'apprentissage doit être ponctué de réalisations plus créatives. La création en dentelle semble devoir être

davantage mise en avant avec Nadine. Il faut cependant être vigilant pour que l'imaginaire ne prenne pas le déçu sur la réalité. Une parenthèse dans la vie quotidienne de Nadine, c'est un moment ou elle peut souffler, se concentrer sur quelque chose qui lui fait plaisir et donc qui lui permet d'oublier un peu le stress familial.

La dentelle est une dominante aux multiples facettes. Si la technique d'apprentissage fut sa spécificité durant ce stage, nous avons vu qu'elle est également capable de réalisations artistiques. Nous verrons d'ailleurs dans le chapitre suivant comment elle peut s'adapter à des personnalités comme Nadine.

III- Discuter certains points permet de faire évoluer mes recherches

A- Le choix du lieu de prise en charge peut influer sur la qualité des séances Art-thérapeutiques

Dans le chapitre II de ce mémoire, nous avons fait le point sur le protocole de prise en charge en Art-thérapie, mis en place avec le Docteur Pierre. Dans ce protocole, on fait état du public concerné par les séances, de ses difficultés, des objectifs de la prise en charge, de la dominante artistique utilisée ainsi que du temps et du lieu de prise en charge. Or l'un des sujets de notre discussion concerne ce lieu de prise en charge.

1- On peut noter un impact du lieu de la prise en charge sur les patients

Il a été décidé avec le chef de l'unité, que les séances d'Art-thérapie se dérouleraient au conservatoire de la dentelle de Bayeux. L'une des raisons de ce choix était la suivante : « **le Docteur Pierre pensait que réaliser les séances en dehors du lieu de soin pouvait aider ses patients à sortir de leur isolement social, à appréhender de nouveaux lieux et à connaître de nouvelles personnes**. » En effet, il est très fréquent que la dépendance à un produit psycho actif engendre un repli sur soi et une désocialisation des personnes addicts.

L'alcool, comme tous les autres produits psycho actifs, exclut donc socialement les personnes qui en sont dépendantes et la participation à une activité Art-thérapeutique semblait être pour le Docteur Pierre un moyen de pousser le patient à sortir de cet isolement.
Cet isolement se traduit par le repli des personnes sur elles mêmes, un quotidien vécu cloîtré à leur domicile, aucun échange avec l'extérieur et généralement, un abandon familial progressif.
En outre, cette exclusion est renforcée par le fait que la majorité des personnes alcoolo dépendantes sont sans emploi.

Le conservatoire de la dentelle est un lieu d'apprentissage où est transmis le savoir faire artisanale de la dentelle grâce à plusieurs professeurs qui y dispensent des cours.

Les séances d'Art-thérapie se sont déroulées dans ce conservatoire, et les patients étaient donc entourés des autres élèves et de leurs professeurs durant leurs séances.
De plus, l'atelier est un endroit ouvert au public où les visiteurs ont pu admirer le travail des patients.

Figure 23 : Vue extérieure du conservatoire de la dentelle de Bayeux

Figure 24 : Vue intérieure du conservatoire de la dentelle de Bayeux

Voici l'atelier du conservatoire de la dentelle de Bayeux où mes séances d'Art-thérapie se sont déroulées.

Le premier objectif était de pousser les patients à sortir de chez eux grâce à l'envie de participer à l'activité.
Se rendre sur un lieu différent de celui qu'ils fréquentent habituellement, comme le travail ou le lieu de soin, a permis aux patients de s'impliquer véritablement dans l'activité.
Le premier point qui, il me semble aurait pu pousser les patients à renoncer, était le fait de devoir franchir la porte d'un endroit inconnu.
Pourtant, tous les patients rencontrés en séance d'ouverture au réseau, ont décidé de venir et sont ainsi devenus les acteurs principaux de leur soin. Ils sont tous arrivés à l'heure à la première séance et lorsque l'un d'eux devait être absent lors des séances suivantes, j'ai toujours été prévenue. L'ensemble des patients que j'ai pris en charge a été sérieux et respectueux vis-à-vis du travail que je réalisais avec eux.
Peu de gens connaissent encore l'Art-thérapie, rien ne les obligeait à venir participer, et c'est sûrement l'indication du médecin et leur volonté qui les ont poussé à le faire.
Cela a permis de rompre avec le quotidien qui est souvent vécu comme une épreuve pour les alcooliques.

Les séances ont été réalisées en dehors du milieu médical, ce qui a permis aux patients de s'intégrer auprès d'autres élèves et de leurs professeurs, sans que ceux-ci ne portent de préjugés à leurs égards. En effet, il est encore malheureusement trop fréquent, que la désignation d'alcoolique effraie ou rebute certaines personnes. Les membres du conservatoire n'ont donc pas été mis au courant de la pathologie alcoolique que présentaient mes « élèves » ; seuls les responsables de l'association ont été informés.
Chaque patient a bénéficié de séances individuelles en Art-thérapie ; Cependant, la proximité avec les autres acteurs du conservatoire permit les échanges, les conseils.

Petit à petit, du lien s'est formé entre patients et élèves ainsi qu'entre patients et professeurs. Cela a commencé par des bonjours, puis par des conseils pour réaliser telle ou telle dentelle, ou encore par des admirations face au travail des professeurs. Bien entendu, les échanges ont été plus ou moins importants selon les patients, mais globalement, ils sont tous entrés en communication à un moment ou à un autre avec les personnes présentes au conservatoire. Clara et Axel, ont notamment échangé avec les professeurs du conservatoire qui les ont rassurés sur leurs difficultés.

Les séances d'une heure avec chaque patient se succédaient les unes après les autres et il arrivait fréquemment que les patients se croisent, se donnent des encouragements voire effectuent plusieurs minutes d'atelier ensemble.
L'objectif de resocialisation du médecin addictologue aurait pu motiver la mise en place de séances en groupe, mais cela aurait été difficile à gérer pour moi. Je n'aurais pas eu le même temps à consacrer à chaque patient, ce qui, il me semble, était indispensable pour l'apprentissage de la technique ; De plus, mes observations auraient été beaucoup moins précises. Cependant, je pense qu'une fois les bases de l'apprentissage acquises, des séances en groupe auraient pu être envisagées, surtout au regard des nombreux échanges qui ont eu lieu lorsque les patients se croisaient au conservatoire.

Ce conservatoire est un lieu ouvert au public, les patients étaient donc régulièrement confrontés aux visiteurs. Ceci permet d'ailleurs de travailler sur l'une des difficultés de la personne alcoolique qu'est la gestion du regard des autres.
Les patients étaient en contact direct avec le regard de l'autre, mais un regard bienveillant.
La dentelle sollicite généralement l'admiration des touristes qui, je pense, par leurs réflexions positives peuvent revaloriser la confiance et l'estime de mes patients en eux mêmes. Comme exemples de réflexions de visiteurs, nous pouvons citer les nombreux, « c'est magnifique » et autres « bravo » que l'on entend souvent en tant que dentellière. Axel, a par exemple été félicité par un visiteur, qui trouvait ça étonnant qu'un homme réalise ces ouvrages si minutieux.

Enfin, il a été proposé à chaque patient de poursuivre l'activité dentelle mais cette fois ci avec un professeur. En effet, n'ayant pas d'autre Art-thérapeute au réseau de santé, aucun autre suivi Art-thérapeutique n'a été envisagé après mon départ. Mais afin que mes patients ne retombent pas dans l'isolement à la fin du stage d'Art-thérapie, il m'a semblé que c'était une bonne solution de leur proposer d'être pris en charge par un professeur de dentelle.
Je pense que le fait d'avoir réalisé les séances au conservatoire a permis de mettre les patients en confiance avec le lieu et les professeurs et c'est ainsi qu'une des patientes continue encore aujourd'hui l'activité dentelle.
Il s'agit de Clara qui a tout de suite accepté la proposition d'un des professeurs du conservatoire de poursuivre la dentelle avec elle.
L'Art-thérapie a servi de tremplin entre le lieu de soin et le conservatoire. En effet, la patiente n'aurait peut-être pas eu assez confiance en elle pour pousser la porte du conservatoire si les séances s'étaient effectuées dans l'unité d'addictologie.
L'objectif d'un professeur n'est pas le même que celui d'un Art-thérapeute, mais je pense que Clara était prête à franchir cette étape, afin de poursuivre sur cette voie de la resocialisation et du mieux être. Pour mes autres patients, la fin du stage a entraîné la fin de prise en charge même s'il aurait été je pense bénéfique de poursuivre l'Art-thérapie avec eux.

Ainsi, cette expérience m'aura permis de mesurer l'impact du lieu de prise en charge sur le niveau de socialisation des patients.

Ci-dessous, un graphique quottant ces niveaux, avant et après les séances réalisés avec mes patients :

Le Docteur Pierre côte le niveau de socialisation sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant l'exclusion totale de la société, 10 représentant un réseau social très important.

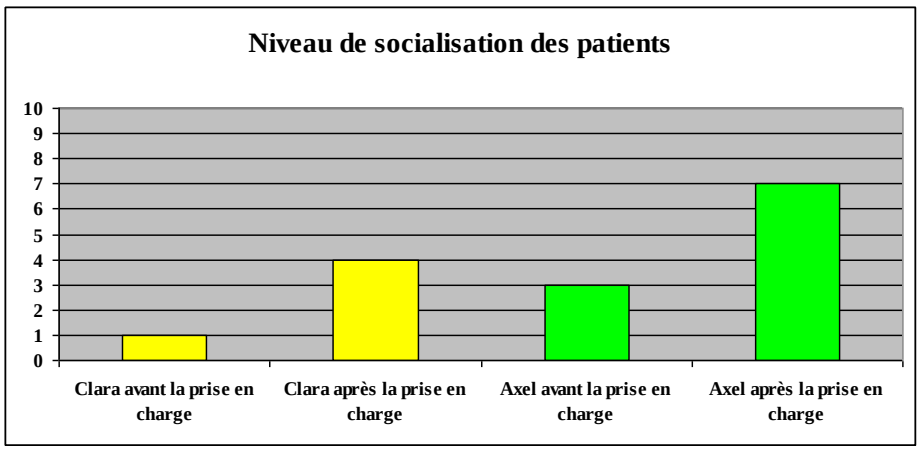


Figure 25 : Graphique évaluant le niveau de socialisation des patients pris en charge

Ainsi, de manière générale, nous pouvons dire que le lieu de la prise en charge peut jouer un rôle important lors des séances Art-thérapeutiques.

D'après le livre de Richard Forestier, « Tout savoir sur l'Art-thérapie », un local réservé à l'Art-thérapie, qui s'adapte aux pathologies et à la nature de l'activité artistique est souhaitable pour la bonne qualité de la séance. Dans l'idéal, le local doit être spacieux, agréable et accueillant. Il est intéressant que l'obscurité puisse être réalisée avec des éclairages indirects disposés de façon à créer des ambiances. Un point d'eau, des murs adaptés, un sol lavable sont indispensables dans les ateliers de peinture ou de modelage par exemple. Des placards, outre leur fonction de rangements, pourront avoir valeur de repères spatiaux. [12]

Cependant, on constate encore pour en avoir parlé avec d'autres élèves stagiaires, que certaines institutions font travailler leurs Art-Thérapeutes dans les couloirs ou les salles d'attente. En effet, les établissements thérapeutiques n'ont souvent pas la place, ou pas de local adapté à la pratique d'une activité artistique. Les Art-Thérapeutes doivent alors s'adapter à ce qu'on leur propose, mais on se doute bien que dans ces conditions, aucune intimité n'est possible, ce qui peut mettre en échec un certain nombre de prises en charges.

Cette constatation me fait réfléchir à ce qu'on appelle « l'éthique », autrement dit, aux réponses à apporter à certaines propositions de prise en charge. Je pense qu'il est indispensable de connaître nos limites en tant que professionnel, de savoir ce que l'on est capable d'accepter ou non et d'agir en fonction de ce que l'on pense bénéfique pour le patient.

Ici, il ne s'agit pas de donner l'exemple d'un lieu défavorable à une prise en charge, mais au contraire de montrer que le choix de l'espace de soin peut participer à l'acquisition d'objectifs en Art-thérapie.

[12] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre édition, 2007. P.89, 90

Il serait utopique de dire que de la même manière qu'ils choisissent telle ou telle pratique artistique, les patients pourraient choisir leur lieu de prise en charge, étant donné les effets que cela peut avoir sur une séance d'Art-thérapie.
Quand encore trop peu d'institutions consacrent une salle particulière à l'Art-thérapie, je conçois l'impossibilité de proposer au patient plusieurs locaux afin de choisir celui qui leur convient le mieux. D'ailleurs, en y réfléchissant bien, ce qui est important, ce n'est pas de pouvoir proposer plusieurs lieux au patient, mais c'est de disposer tout simplement d'un ensemble d'éléments pouvant changer l'ambiance d'une salle au gré des prises en charges. La lumière, les odeurs, la musique, les couleurs, sont autant d'éléments qu'il est facile de mettre en place afin que le patient se sente le mieux possible lors de sa séance. On peut d'ailleurs envisager une séance qui serait consacrée à la mise en place d'un décor qui colle avec la personnalité du patient. Plus simplement, un objet propre à chaque patient et symbolique pour eux pourrait être déposé dans la salle avant la séance afin de qu'il s'approprie plus facilement l'espace.

Ainsi, je veillerai lors de mes futures prises en charges à ne pas négliger ce cadre thérapeutique qui, comme nous l'avons vu, peut avoir son rôle à jouer dans l'atteinte d'objectifs en Art-thérapie.

2- On peut noter un impact du lieu de la prise en charge sur l'Art-thérapeute

Il semble important de dire que si pour les patients, le lieu choisi pour réaliser les séances a participé à atteindre certains objectifs, pour l'Art-thérapeute, certaines difficultés ont été rencontrées.

En effet, la distance entre lieu de prise en charge et lieu de soin a créé une distance entre l'équipe médicale et moi.
Pourtant tout avait été prévu pour que l'éloignement géographique n'entraîne pas cette distance avec les professionnels de l'unité.

En effet, des rendez vous hebdomadaires avaient été fixés avec le médecin addictologue afin de faire le point sur l'avancement des prises en charges et des fiches de transmission concernant chaque séance d'Art-thérapie étaient placées dans les dossiers des patients afin d'en informer l'équipe soignante.
Malgré tout, l'échange avec l'ensemble des membres de l'équipe m'a manqué.
Les rendez vous avec le Docteur Pierre ont bien été maintenus et respectés ce qui m'a beaucoup aidé. Celui-ci suit les patients que j'ai pris en charge et connaît donc parfaitement leurs histoires, leurs pathologies, leurs traitements et certaines de mes questions ont trouvés des réponses grâce à ces éléments. Axel était corporellement tendu à cause des médicaments ; quant à Clara, elle présentait des problèmes cognitifs, ce qui expliquait ses trous de mémoire. En outre le médecin addictologue qui connaît bien les patients pouvait juger de l'effet des séances d'Art-thérapie.

Mais les contacts avec les autres membres de l'équipe ont eux, été très succincts. Je n'ai eu aucun retour concernant mes fiches de transmission, alors qu'il me semblait très important d'avoir l'avis de l'ensemble de l'équipe concernant mon travail. Les dossiers des patients sont consultés par les professionnels à chacun de leurs rendez vous, et les fiches de transmission étaient donc facilement abordables. N'ayant eu aucun retour concernant ces transmissions, je pense malheureusement qu'elles n'ont pas été lues. Cependant, je tiens tout de même à souligner

que plusieurs membres du réseau se sont renseignés sur mes prises en charges et m'ont demandé à plusieurs reprises si cela se passait bien et je les en remercie.
Je pense que j'attendais d'eux, qu'ils m'apportent des réponses face à tel ou tel obstacle que je rencontré. J'aurai souhaité également des discussions plus poussées sur les patients. Et tout ceci a entraîné ma petite déception. Mais avec le recul, je m'attribue pour une bonne partie cet échec dans les relations avec l'équipe soignante, car j'aurais du, lors de ma première semaine de stage, insister sur la présentation de l'Art-thérapie et sur les objectifs que je souhaitais atteindre avec les patients. En outre, j'aurais du davantage aller à la rencontre des professionnels, mais mon manque d'assurance lors de ce premier stage, ne m'a pas aidé à aller au devant de l'équipe.

Le lieu de prise en charge en Art-thérapie éloigné du lieu de soin a comme nous l'avons dit plus haut, réellement profité au patient et la conclusion que je tire de cette expérience est que j'insisterai davantage à l'avenir pour participer aux réunions de transmissions. Notre profession est encore peu connue et c'est à nous d'en faire « la promotion », même s'il est évident que la curiosité des professionnels de santé peut aider à valoriser ce métier.
Il est donc important de s'écouter, de faire part de son opinion et de poser ses conditions auprès du corps soignant dès le début d'une prise en charge.

Et toutes ces réflexions renforcent l'idée qu'il est important de ne pas laisser s'implanter la solitude et l'isolement professionnel, en adhérant notamment à des réseaux comme la guilde* des Art Thérapeutes car il est évident que lorsqu'on est seul à exercer un métier dans une institution, un soutien, même extérieur, est important.

B- Une pédagogie adaptée à l'Art-thérapie doit être mise en place

Nous entrons à l'école d'Art-thérapie de Tours avec un bagage artistique et le but de la formation est de nous apporter les connaissances nécessaires afin que nos compétences artistiques deviennent bénéfiques au soin.

Ce bagage artistique, il nous a été transmis par des professeurs en école d'Art, en atelier, ou dans mon cas en conservatoire.

Même, si après plusieurs années d'apprentissage, nos compétences artistiques ont été reconnues, soit par un diplôme, soit par une exposition, transmettre à notre tour ce que nous avons appris semble devoir être approfondi.

La deuxième partie de ma discussion portera sur la pédagogie en Art-thérapie.

1- Transmettre un savoir faire, c'est se remémorer les bases de notre propre apprentissage

La base de toute pratique artistique est un apprentissage de certaines techniques de réalisation. Ainsi, les Art-Thérapeutes peuvent proposer cette base d'apprentissage lors de leurs séances.
Je me suis posée cette question de « comment transmettre », sans doute plus que d'autres Art-Thérapeutes, parce qu'en dentelle, comme pour toutes les autres pratiques artisanales,

l'apprentissage de la technique est l'élément fondamental. L'objectif de l'artisanat est de transmettre le savoir faire de génération en génération, et sans ce savoir, on ne peut rien.

Au cours de ma première année de formation en Art-thérapie, les Art-Thérapeutes auxquels j'ai posé cette question de la transmission, m'avaient conseillé de me souvenir de la manière dont j'avais appris.

A l'âge de 9 ans, après avoir découvert des dentellières dans un musée que je visitais avec l'école, j'ai décidé de m'inscrire au conservatoire de Bayeux.
Etant donc enfant au commencement de mon apprentissage et ayant oublié les bases aujourd'hui, j'ai demandé à mon professeur de dentelle de me les rappeler avant mon stage pratique d'Art-thérapie. De plus, je me suis intéressée aux différents livres d'apprentissage de la dentelle aux fuseaux ce qui m'a permis de me remémorer les bases techniques.
Et c'est cette remise en question sur ma façon de transmettre l'enseignement que j'avais reçu qui m'a permis de forger ma pédagogie.

Cependant, cette façon de transmettre la dentelle était calquée sur celle des professeurs car cette pédagogie est la seule que je connaisse. J'ai toujours vu la dentelle comme une activité transmise d'un professeur à un élève et c'est sans doute pour cela d'ailleurs que ma façon d'enseigner me préoccupait tant et me semblait si importante. L'apprentissage de la technique est fondamental lorsque l'on pratique la dentelle et la façon de faire des enseignants du conservatoire est dans ce sens tout à fait adaptée et efficace. L'enseignement que j'ai reçu est essentiel car un Art-thérapeute est avant tout un artiste. Cependant, en tant qu'intervenante en Art-thérapie, il me semble que l'apprentissage de la technique ne devrait pas prendre une si grande place lors des séances.
Si le but de la formation d'Art-thérapie est d'adapter notre art à la thérapie, alors je pense qu'une autre façon d'aborder la dentelle peut être envisagée.

J'ai réalisé ce stage en tant qu'artiste et non plus en tant qu'élève du conservatoire. Les bases de l'apprentissage que j'ai reçu durant toutes ces années d'enseignements sont les fondations de ma future pratique en Art-thérapie. Mais il faut aujourd'hui aller au-delà pour construire mon métier.

2- La transmission de la technique dentellière en Art-thérapie implique la mise en place d'une pédagogie particulière

La façon d'enseigner des professeurs de dentelle a de nombreuses qualités, et elle répond d'ailleurs très bien à ce que l'on attend d'un enseignement. Cependant, je pense que mon but en tant qu'Art-thérapeute est d'adapter l'outil afin que ça ne soit pas le côté pédagogique qui prédomine mais une façon d'aller vers le « mieux être » du patient.

Nous avons vu en première partie de mémoire que l'une des spécificités de la dentelle est sa technique artisanale.
D'après l'hypothèse, nous voulions nous servir de cette spécificité de la dentelle pour ancrer les patients alcooliques dans la réalité quotidienne.
L'apprentissage classique de la dentelle a été dans ce sens bénéfique.

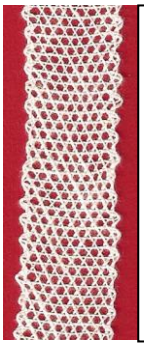
Mais je pense qu'en parallèle de cet apprentissage ou dans un second temps de prise en charge, la création en dentelle aurait pu être abordée avec mes patients.

En ce qui me concerne, ce n'est qu'au bout d'un nombre de cours important, et après être entrée à l'école des Beaux Arts, que je me suis rendue compte que je pouvais exploiter la dentelle comme une véritable technique artistique.
Ce cheminement mental a été long car la création en dentelle n'est pas mise en avant au conservatoire, tout simplement car ce n'est pas son but.
L'objectif est de transmettre une technique, et c'est seulement quand celle-ci est maîtrisée que l'on prend conscience des autres possibilités de la dentelle.
Je n'ai découvert les utilisations artistiques de la dentelle que lorsque mes professeurs ont commencé à travailler avec des créateurs contemporains.
La dentelle est d'abord vue comme une technique artisanale et c'est difficile de proposer une nouvelle façon de la concevoir dans la tête des gens.
Cependant, je pense que pour que la dentelle continue d'évoluer, il faut mettre en avant ce côté artistique et c'est ce que certaines dentellières tentent petit à petit de faire grâce à leur collaboration avec des artistes.

Si ce n'est pas mon rôle de changer la façon de faire du conservatoire, en tant qu'Art-thérapeute à dominante dentelle, je me dois de penser à une façon d'utiliser la technique artisanale au profit de la recherche artistique, même lorsque l'apprentissage complet n'a pas été réalisé.
Je voudrais ainsi que les possibilités artistiques de la dentelle soient désormais davantage mises en avant lors de mes séances d'Art-thérapie.
L'art en dentelle ne devrait plus être seulement réservé aux gens expérimentés, mais devrait être mis à la portée de tous et en particulier pour les séances d'Art-thérapie.

Pour ce faire, voici ce que je propose de faire :

- De passer plus rapidement des bandes d'essai aux réalisations concrètes quelque soit le niveau d'apprentissage



La grille est un point que l'on apprend lors des premiers cours. Et après s'être entraîné sur une bande d'essai (comme ici à gauche), on peut passer rapidement à une réalisation plus concrète (comme ici à droite). Le napperon est ensuite généralement encadré comme une véritable œuvre artistique.

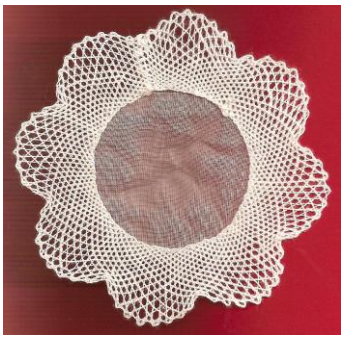
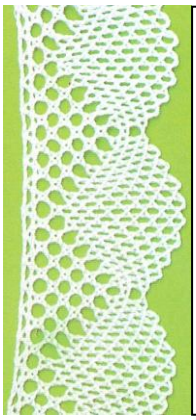


Figure 26 : Proposition de dentelle n°1

- De diversifier les propositions de réalisation afin que le patient puisse exprimer son goût



Ici, la grille est réalisée de deux manières différentes. Sur la dentelle de gauche, elle est arrondie, sur celle de droite, elle est en pointe. Ainsi, avec un même point, plusieurs dessins peuvent être réalisés. En proposant au patient différents dessins, il pourra choisir celui qu'il préfère et ainsi affirmer son goût.

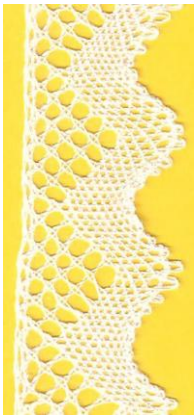
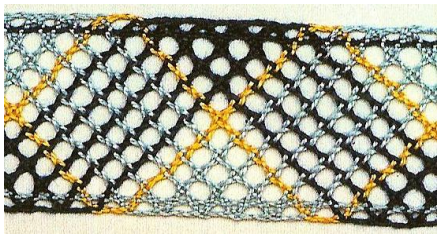


Figure 27 : Proposition de dentelle n°2

Je propose également :

- De pouvoir tester les couleurs de fils, les matières,…



Pour réaliser cette dentelle, il a fallu plusieurs types de fils (coton, laine,…) et différentes couleurs de fils (or, bleu,…) Il est également possible d'agrémenter ses dentelles de perles,… Ainsi, en ayant connaissance de ces possibilités, on peut laisser libre cours à sa créativité.

Figure 28 : Proposition de dentelle n°3

- De découvrir l'Art textile notamment grâce à des propositions de lecture

Cet ouvrage par exemple, fait état d'un ensemble de productions textiles contemporaines qui ont été réunies lors d'une exposition intitulée : « Métissages ». Le livre présente de nombreuses photos des œuvres ainsi que les commentaires des artistes et des artisans qui les ont réalisées. La lecture de cet ouvrage peut permettre aux jeunes dentelliers de prendre connaissance des possibilités artistiques qu'offre la dentelle. L'objectif étant de les inciter à réfléchir sur d'éventuelles productions personnelles.

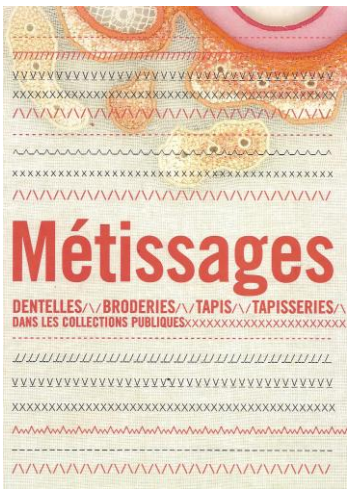
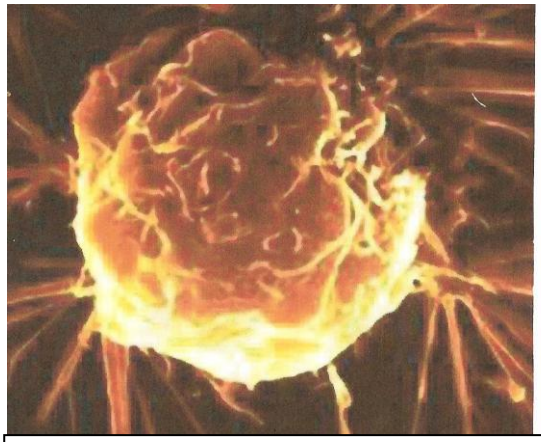


Figure 29 : Proposition de dentelle n°4

- De permettre aux patients de dessiner des projets en dentelle



Pour ce dernier exemple, j'ai choisi de présenter une pièce que j'ai réalisée lors de mes études aux beaux Arts. Je suis simplement partie d'une photo de cellule agrandie qui me faisait penser à de la dentelle et j'ai décidé d'en faire une réalisation. A partir d'une dentelle simple (la coquille) et de différents fils (nylon, fil d'or,…) j'ai élaboré cette cellule en dentelle. Je me porte donc garante pour dire que la réalisation de pièces artistiques en dentelle peut être envisagée même avec un minimum de technique.

Figure 30 : Proposition de dentelle n°5

Ainsi, de manière générale, je pense que d'adapter nos dominantes artistiques à la thérapie fait partie de notre travail d'Art-thérapeute.
En école d'Art, la technique nous est apprise ; En Art-thérapie, la technique doit devenir un outil de soin.

Ce stage pratique étant ma première expérience dans le milieu du soin, il m'aura permis de faire des constatations notamment sur la pédagogie* artistique qui n'est pas la même que la pédagogie Art-thérapeutique. Malheureusement Axel et Clara n'ont pas eu le temps de bénéficier de cette prise de conscience concernant les possibilités artistiques de la dentelle. Cependant, grâce à eux, je veillerai lors de mes futures prises en charge à travailler, en parallèle de l'apprentissage, sur la recherche créative en dentelle.
Et si comme le mentionne Monsieur Forestier dans son livre « Tout savoir sur l'Art-thérapie », la pédagogie n'est en aucun cas un élément déterminant de la discipline, elle reste un point important qu'il me semble essentiel d'évoquer en cours de formation.
« L'essentiel est d'être capable d'aider le patient à évoluer, à exploiter les techniques artistiques afin que celles-ci soient de véritables moyens d'expression et d'autonomie, et qu'elles répondent aux critères d'autoévaluation du patient et lui donnent accès au plaisir esthétique », indique Monsieur Forestier. [13]

[13] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre édition, 2007. P.82, 83

C- L'exploitation des fiches de prises en charges en Art-thérapie a entraîné des modifications de leurs aspects d'origine

Lors de notre formation Art-thérapeutique à l'école de Tours, il nous a été proposé d'exploiter différents outils afin d'être les plus précis possible lors de nos prises en charges.
Certains de ces outils s'appellent des fiches : d'observation, d'autoévaluation, de transmission…
Lors de mon stage, ces fiches m'ont aidée ou au contraire déstabilisée et il me semblait important ici de faire le point sur ce que m'aura enseigné l'utilisation de chacune de ces fiches.

1- Mon avis sur la fiche d'ouverture

Après avoir parlé de mon intervention Art-thérapeutique à différents patients, le Docteur Pierre m'a présenté les personnes intéressées lors d'un premier rendez-vous au réseau de santé du Bessin.
Dans un premier temps, nous avons fait le point ensemble sur les jours et les horaires de prises en charge, ainsi que sur les intentions des patients et du Docteur Pierre concernant les séances.
Dans un second temps, j'ai pu parler avec les patients sans la présence du médecin addictologue. Cela a permis notamment d'échanger sur les sujets de la fiche d'ouverture.

La fiche d'ouverture est présentée en annexe

Ces entretiens d'ouverture étant mes premiers rendez-vous en tant que stagiaire Art-thérapeute, j'ai utilisé la fiche d'ouverture présente dans le livre de Richard Forestier, « Tout savoir sur l'Art-thérapie ». [14] Elle me semblait simple et complète et j'ai voulu l'utiliser en tout premier lieu, afin de savoir si elle me correspondait ou bien s'il fallait que je lui apporte quelques modifications personnelles.
Dans la pratique, je n'ai rempli cette fiche qu'après chaque rendez vous individuel d'ouverture avec les patients. Je craignais que le fait de remplir une fiche devant le patient vienne perturber le premier échange qui s'installait entre l'Art-thérapeute et le malade. J'ai donc pris un temps après chaque rendez-vous pour me remémorer l'entretien et compléter cette fiche.
Cependant, cette façon de faire ne m'aura pas permis de répondre à toutes les questions posées par la fiche. En effet, débutant ma pratique en Art-thérapie, je n'avais pas toutes les questions en tête et j'ai donc omis d'en poser certaines.

Cependant, certains points comme l'anamnèse du patient, ses intentions, les items choisis ou les objectifs intermédiaires ne m'ont été révélés que lors de la suite de la prise en charge. Ceci me pousse à dire que toutes les questions ne doivent pas forcément avoir de réponses à la première rencontre et que cela ne portera pas préjudice à la suite des prises en charges.

Ce qui me semble important, c'est de connaître sa fiche d'ouverture, de savoir où l'on veut amener la discussion, sans forcément que le patient se rende compte que s'est préparé.
Je pense qu'à l'avenir, je tenterai de garder cette distance avec la fiche d'ouverture qui, d'un point de vue strictement personnel, peut donner l'impression au patient de passer un interrogatoire, ce qui ne facilite pas l'échange.

[14] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie,* Favre édition, 2007. P.74

Mais l'utilisation directe de la fiche d'ouverture face au patient peut, j'en conviens également, être bénéfique. Elle pose un cadre médical qui peut rassurer le patient et le fait d'avoir toutes les questions sous les yeux permettrait d'être le plus précis possible sur l'état de base de celui-ci.

J'ai repris une fiche déjà existante lors de ce stage car celle-ci répondait parfaitement à ce que j'attendais d'une fiche d'ouverture par les questions qu'elle suscitait. Mais je pense qu'à l'avenir, et au regard de cette discussion, je modifierai quelques points pour aborder plus facilement toutes les questions lors du premier échange avec le patient, sans que celui-ci ne se rende compte que l'entretien a été préparé.

2- Chaque patient doit pouvoir s'approprier la fiche d'autoévaluation

Lors de la première séance Art-thérapeutique qui se déroulait au conservatoire, j'ai présenté en fin de séance, la fiche d'autoévaluation aux patients.
Cette fiche a également été reprise dans le livre de Monsieur Forestier car elle me semblait facile à comprendre et à remplir par le patient. [15]

La fiche d'autoévaluation est présentée en annexe

Cette fiche est remplie par le patient afin notamment qu'il puisse évaluer, la beauté, le plaisir, le caractère agréable du moment.

J'ai précisé à mes patients lors de cette première séance qu'il s'agissait pour eux de porter un regard sur ce qu'ils font et de juger leur plaisir et leur envie de continuer l'activité.
Malgré cela, certains patients n'ont vu la fiche que comme un moyen pour l'Art-thérapeute de juger leur travail. L'une de mes patientes a notamment demandé mon avis pour la remplir. Elle préférait que ça soit moi qui lui attribue des notes car elle avait peur de mal faire.
Or je pense que c'est le système de cotation qui a poussé la patiente à croire que je jugeais son travail.
Il est important de bien préciser lors des premières séances que la fiche est importante pour l'Art-thérapeute non pas pour juger de la qualité d'un travail mais pour prendre conscience du regard que porte le patient sur son travail. L'important n'est pas que l'art-thérapeute trouve ça beau, mais qu'il voit si le patient s'implique réellement dans ce qu'il fait.

J'ai ainsi rappelé à cette patiente, l'intérêt de cette fiche, ce qui lui a permis par la suite d'effectuer ses bilans seule.

En ce qui concerne les cotations, j'ai pu noter que les patients avaient plus ou moins de mal à remplir cette fiche. Pour certains, la cotation en échelle n'est pas adaptée, ils préfèrent les mots pour exprimer ce qu'ils ressentent.

L'une de mes patientes, Renée, à ainsi accompagné l'ensemble de ses cotations de commentaires, ce qui en soit est positif, car elle a su s'adapter et rendre la fiche personnelle.

En ce qui concerne Clara, les cotations se sont situées à 5/5 pour toutes les échelles pendant une dizaine de séances. Je me suis alors demandé si la patiente avait bien compris le fonctionnement

[15] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie,* Favre édition, 2007. P.210

et l'intérêt de la fiche. Pour en être sûre, je lui ai demandé ce qu'elle coterait à 0/5 ? Et il se trouve que lors des séances suivantes, sa cotation a changé.
Je me suis alors posée encore une fois la question de la pertinence d'une telle échelle pour certains patients.

Je pense que pour que les résultats auto-évaluatifs soient pertinents, une cotation adaptée au patient doit être mise en place.
Pour un patient comme Axel, la fiche m'a vraiment aidé lors des premières séances Le patient parlait très peu et c'était pour moi le seul moyen de connaître ses opinions et ses envies.

Il est incontestable que la fiche d'autoévaluation est réellement importante, que ce soit pour le patient, comme pour l'Art-thérapeute. Cependant, au regard des observations menées en stage, je pense qu'il faut accorder une importance toute particulière à son adaptation, afin que les patients se sentent à l'aise avec le système de mesure.
Remplir la fiche d'autoévaluation doit être une continuité de l'activité et ne doit plus selon moi être vu comme un élément à part comme lors de ce stage. En effet, après s'être investi dans l'activité, il fallait brutalement remplir cette fiche, ce qui, selon moi cassait le rythme de la fin de séance. Pour preuve une des patientes me disait régulièrement « oh, vous m'embêtez avec votre fiche ». Ainsi, une fiche qui se veut attractive, en rapport avec l'activité et avec la personnalité des patients devrait permettre de bannir ces phrases des séances.

Pour ne pas perturber mes patients, j'ai, en cours de prise en charge, placé de la dentelle sur ma fiche afin de la rendre moins stricte, mais à terme, je voudrais essayer de mettre en place une autoévaluation à la manière de cette Art-thérapeute travaillant avec des enfants qui utilise une grenouille qui tire plus ou moins la langue en fonction des notes données par ses patients.
Je vais d'ailleurs ici vous exposer une de mes propositions d'autoévaluation :

Figure 31 : Proposition d'Autoévaluation

Ce principe d'autoévaluation utilise le fuseau, outil principal de ma dominante artistique, ce qui permet en fin de séance de ne pas rompre l'activité trop brutalement en demandant au patient de remplir une fiche d'autoévaluation qui peut lui paraître stricte.
Ici, les chiffres ne sont plus uniquement utilisés pour l'autoévaluation, les couleurs et des « Smiley* peuvent permettre à des personnes qui ne seraient pas à l'aise avec les chiffres de se servir d'autres outils pour s'auto évaluer.

Ce principe d'autoévaluation, en accord avec la personnalité du patient ainsi qu'avec la discipline artistique utilisée reste encore à travailler et à exploiter lors de prochaines prises en charge. Mais je pense que parallèlement à la prise en charge, l'Art-thérapeute doit réfléchir à un principe auto évaluatif qui corresponde véritablement au patient afin qu'il se sente à l'aise avec cet outil et puisse l'exploiter convenablement. Pourquoi ne pas imaginer, quand cela est possible, pouvoir en discuter avec le patient afin qu'il exprime lui-même ce qui lui paraît le plus adapté.

3- La fiche d'observation doit correspondre à la personnalité de l'Art-thérapeute

Outre de permettre le suivi thérapeutique, la fiche d'observation a aussi, pour fonction, d'être une mémoire, un élément synthétique, un moyen de contrôle et de vigilance de l'action thérapeutique.
La fiche d'observation que j'ai utilisée lors de mes premières séances d'Art-thérapie ressemblait fortement à celle proposée lors de la formation universitaire. [16]

La fiche d'observation n°1 est présentée en annexe

Il s'agit d'un regroupement d'éléments qu'il est important de prendre en compte lors d'une prise en charge Art-thérapeutique.
Ayant 30 min d'attente entre chaque patient lors de mes premières séances, j'avais donc le temps nécessaire pour remplir ma fiche d'observation. Et pourtant, la trop grande quantité d'observations que demandait cette fiche m'empêchait de la compléter entièrement.
De plus, le caractère « général » des informations à collecter mettait de côté un grand nombre d'observations précises relevées lors des séances.

Un des objectifs du stage pratique est de mettre en place ses propres fiches, celles avec lesquelles nous sommes le plus à l'aise pour faire notre travail.

J'ai donc utilisé les observations collectées lors des premières séances pour créer une fiche adaptée à la pathologie de mes patients ainsi qu'à la dominante utilisée. Afin que le temps qui m'était donné pour remplir cette fiche soit suffisant, celle-ci se présentait sous forme de questions/réponses :

La fiche d'observation n°2 est présentée en annexe

Dans la pratique, cette fiche semblait être tout à fait adaptée à mes prises en charge. J'avais le temps de la remplir et les informations demandées collaient parfaitement à la pathologie traitée et à la dominante utilisée.
Cependant, je me suis vite rendue compte que de nouvelles observations apparaissaient à chaque séance et que cela allait considérablement augmenter la taille de ma fiche et par conséquent sa durée de rédaction.

Ainsi, lors de mes dernières séances, j'ai fait le choix de noter les observations de manière succinctes (quelques phrases) et cela ne m'a pas paru gênant.

[16] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie,* Favre édition, 2007. P.74 à 76

D’une part, les informations correspondaient à chaque patient, contrairement à la fiche proposée ci dessus qui pose les mêmes questions pour l’ensemble des patients.
D’autre part, le caractère succinct de la rédaction me poussait à ne noter que les observations marquantes, et peut être bien, les observations essentielles.

Cette expérience m’a posé question sur l’importance des prises de notes et sur ce que l’on doit retenir ou pas. Si l’observation est un élément fondamental de notre pratique, il m’apparaît que noter moins de choses, mais des choses précises ressemble à l’idée que je me fais de ma pratique future en Art-thérapie.

Bien sûr, il est évident que j’insisterai auprès de mon futur employeur pour qu’un temps de prises de notes me soit toujours accordé entre chaque prise en charge car il est essentiel que les observations des séances soient répertoriées.
Et je pourrai ainsi prendre le temps nécessaire à la rédaction de mes observations qui seront succinctes mais précises et qui s’appuieront sur un des autres outils donné lors de notre formation, le schéma de l’opération artistique.
L’opération artistique désigne en réalité, un ensemble d’activités, qui sous l’égide* des sciences médicales et psychologiques, par exemple, mène à la production artistique. Chaque élément impliqué dans l’opération artistique est nommé phase.
Ci-après, l’ensemble des phases composant le schéma de l’opération artistique.

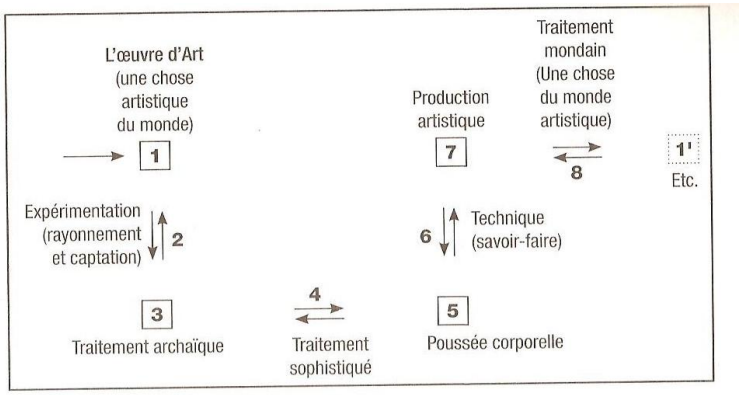


Figure 32 : Schéma de l’opération artistique

Les différentes phases de l’opération permettent de déterminer des sites d’action. En cela, l’opération artistique permet à l’art-thérapeute d’organiser son action et d’entreprendre une activité thérapeutique efficace où l’observation, l’analyse et les déductions l’autorisent à affiner ses objectifs, adapter ses moyens, proposer un protocole pertinent et complémentaire aux activités des autres membres de l’équipe de soin.
Ainsi, lors de mes prochaines prises en charges, je pense exploiter une fiche d’observation qui s’appuie encore d’avantage sur ce Schéma.

La fiche d’observation n° 3 est présentée en annexe

4- La fiche de transmission doit être compréhensible par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale

A la fin de chaque séance d'Art-thérapie, je me rendais à l'unité d'addictologie et j'y déposais une fiche à l'intérieur du dossier de chaque patient afin de faire le point sur ce qu'il s'était passé durant la séance.
Ces fiches sont essentielles pour transmettre les informations à l'ensemble de l'équipe. Mes séances se déroulant à l'écart du lieu de soin, la fiche de transmission était un important moyen de communiquer avec les professionnels de l'équipe d'addictologie.
Cette fiche, a d'ailleurs considérablement changé entre le début et la fin des prises en charges en Art-thérapie.

La fiche de transmission n°1 est présentée en annexe

Ma première fiche de transmission omettait d'indiquer l'intention sanitaire ou esthétique révélée par le patient en séance d'ouverture. De plus, elle ne précisait pas si l'Art-thérapeute avait un commentaire à faire sur les autoévaluations du patient. Enfin, elle n'était pas précise sur les évaluations.
La seconde fiche de transmission quand à elle, tient compte de tous ces éléments.

La fiche de transmission n°2 est présentée en annexe

Cette fiche m'a beaucoup servi lors des prises en charge. Elle n'était pas seulement utile à la transmission, elle me servait de base de travail car elle synthétisait les informations collectées à chacune des séances.

Bien entendu, il est important de se demander quelles observations seront utiles à l'équipe pluridisciplinaire lorsque l'on complète cette fiche.
Je n'ai eu aucun retour des autres professionnels concernant cette fiche et je me suis alors demandé s'ils en avaient pris connaissance.
Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit dans le chapitre sur « l'impact du lieu de prise en charge sur l'Art-thérapeute », mais je pense qu'à l'avenir, je porterai une attention toute particulière à ce que l'équipe pluridisciplinaire aie connaissance de mon travail Art-thérapeutique. J'ai d'ailleurs pleinement conscience qu'une intervention orale lors de ma première semaine de stage, m'aurait permis de mieux introduire mon travail et j'en tiendrai compte lors d'une prochaine intervention Art-thérapeutique.

Mais avec le recul je pense que c'est également l'excès de précisions de ma fiche qui a désintéressé l'équipe. J'ai noté un trop grand nombre d'informations alors qu'il ne s'agissait que d'une simple fiche de transmission. J'ai fait, je pense l'erreur de prendre la fiche de transmission comme base de travail, ce qui l'a rendue difficilement lisible d'un simple coup d'œil. Les informations collectées dans la fiche de transmission doivent être lues en quelques minutes car les professionnels n'ont souvent pas le temps de s'y attarder. Les informations essentielles doivent donc y être collectées de manière succincte.
Les autoévaluations et les évaluations sont mes outils, elles me permettent de déterminer si les séances Art-thérapeutiques sont bénéfiques au patient. Ainsi, il ne semble pas nécessaire qu'elles apparaissent sur la fiche de transmission à l'équipe. Comme vous avez pu le voir dans le chapitre consacré à la fiche d'observation, j'ai modifié sa présentation afin que l'autoévaluation et l'évaluation y apparaissent et qu'elles s'intègrent véritablement dans un travail d'observation globale du patient. La fiche de transmission que j'ai utilisée durant mon stage obligeait le lecteur

a prendre un temps pour décrypter les résultats, ce qui n'est pas l'objectif d'une transmission. Je prendrai en compte ces constatations lors de mes prochaines interventions, notamment en m'attardant sur les résultats auto évaluatifs et évaluatifs uniquement lors des synthèses avec l'équipe médicale et paramédicale.

D- Prendre conscience du lien qui s'établit entre l'Art-thérapeute et le patient est bénéfique au soin

Le mot thérapie fait systématiquement référence à un soignant et à un soigné. En Art-thérapie, ce lien thérapeute/patient est renforcé par le « pouvoir de l'Art » autrement dit, sa nature expressive et l'effet relationnel qui s'en découle.
Selon Richard Forestier, l'action artistique repose d'abord sur la capacité de l'homme à recevoir des informations extérieures par les sens. Ces impressions provoquent une stimulation des facultés mentales comme la mémoire, l'imaginaire ou l'intelligence, ce qui peut produire une réaction corporelle qui peut être soit « brute » comme le fait de se boucher les oreilles en présence d'une musique trop puissante, soit une réaction complexe comme l'activité volontaire dirigée vers une production telle que la réalisation d'une œuvre peinte. Il s'agit là du pouvoir expressif de l'Art.
Mais, toujours selon Monsieur Forestier, si la production est nécessaire, elle n'est pas suffisante puisque le lien avec la communauté des hommes est indispensable pour l'épanouissement complet de l'activité artistique de l'homme. Ce lien, nous l'appelons « communication », autrement dit l'action d'établir un échange avec quelqu'un, ou « relation » lorsqu'il s'agit d'un état singulier de coalescence caractéristique de l'activité artistique. [17]
Et c'est de ce lien que j'aimerais parler dans la dernière partie de mon mémoire. En effet, malgré le nombre d'heures de stage qui me paraît très court, j'ai l'impression d'avoir vécu une expérience émotionnelle importante avec les patients. Et j'aimerais revenir sur différents types de sentiments que peut ressentir le soignant et sur la manière de les gérer afin qu'ils soient bénéfiques au patient.
D'après l'ouvrage « La relation soignant soigné » de Messieurs Manoukian et Massebeuf, le vécu sentimental du soignant est d'une richesse et d'une variété qui font l'intérêt de son travail et sa difficulté au quotidien. Nous entendons par sentiments une disposition affective spécifique éprouvée par un sujet pour un objet particulier, cela pouvant être vécu sur le registre du plaisir ou du déplaisir. [18] Un grand nombre de sentiments pourrait être évoqué dans ce chapitre, comme le sentiment de supériorité, de responsabilité ou de satisfaction, mais j'ai fait le choix de n'en évoquer que 4 principaux qui m'ont marqué durant mes prises en charges.

1- Tendresse et attachement sont des sentiments connus du soignant

Travailler avec des personnes souffrantes que l'on désire soigner, implique très fréquemment un sentiment d'attachement entre professionnel et patient. Les soignants sont avant tout des hommes

[17] FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre édition, 2007. P.31 à 35
[18] MANOUKIAN A, MASSEBEUF A, *La relation soignant/soigné*, Lamarre, 2001. P.42

et des femmes, des personnes sensibles et pensantes, dont le travail est fait de relations. Par définition, toute relation repose sur un investissement affectif, et les soignants ne se soustraient pas à ce fonctionnement humain intrinsèque du lien, même quand il s'agit d'un patient.

Un nombre important de malades se rend compte de cet investissement des professionnels et est généralement reconnaissant. Durant ma période de stage, j'ai ainsi reçu, des caramels, une carte postale ou encore un T-shirt en guise de remerciement. Tout ceci est très touchant et malgré le professionnalisme dont nous devons faire preuve, lorsque j'ai reçu tous ces présents j'ai fait la bise à mes patients.

Mais alors, comment gérer cet attachement afin qu'il ne soit pas nuisible au soin ?
Je pense dans un premier temps que reconnaître que nous sommes attachés aux personnes dont nous prenons soin a une utilité pour nous et pour elles. Non seulement cet attachement existe, mais il est même nécessaire car il est le support de notre force de travail. C'est parce que nous investissons les personnes que nous soignons que nous sommes des soignants. En prenant soin de l'autre, nous le maintenons dans la communauté humaine et nous en sommes responsables.

Malgré cette évidence, le sujet reste fort délicat et malheureusement assez tabou, car associé à des sentiments de culpabilité et parfois même de honte. La proximité est vite perçue comme un «dérapage», un mélange entre la sphère professionnelle et la sphère privée. Pourtant, créer un lien passe évidemment par une certaine proximité pour comprendre ce que l'autre vit. On peut donc aimer son travail, investir les personnes dont on s'occupe et être professionnel. Je pense qu'il faut pour cela garder en tête l'idée que nous sommes soignants et que même lorsqu'un attachement naît entre soi et le patient, il faut savoir garder une distance. Pour nous aider à maintenir cette distance, Jean Monbourquette, dont l'un des écrits s'intitule « l'attachement et le deuil » propose de respecter certains points :

- la demande du patient et de sa famille. Je dérape quand je désire pour eux autre chose que ce qu'ils souhaitent, je me mets en concurrence avec eux ;
- le respect de leur pouvoir de décision. Je dérape quand je décide quelque chose à leur place ;
- l'humilité. Je dérape quand je suis absolument sûr que la vérité d'une situation ne se situe que de mon côté, ou quand je me crois « préféré » par un patient ;
- le partage du savoir. Je dérape quand je crois savoir mieux que le patient ce qui est bon pour lui ou que je lui cache une partie des informations, même avec la bonne intention de protéger ;
- l'institution. Je dérape quand je sors des missions qu'elle me confie ou que je ne lui fais pas retour de mes actes ;
- les instances de parole où nous pouvons nous exprimer sur ce que nous vivons pour conscientiser ces émotions. Je dérape si je pense que ça m'est inutile.

Nous sommes donc obligés d'investir affectivement nos patients pour bien les soigner, mais nous ne devons pas non plus leur ajouter une souffrance supplémentaire. Les liens que nous avons créés doivent pouvoir se défaire facilement. Aujourd'hui, Clara continue de faire de la dentelle

au conservatoire où je suis moi-même des cours. Je prends donc régulièrement de ses nouvelles par l'intermédiaire des professeurs, mais depuis la fin du stage, je n'ai pas revu la patiente.

A l'autre extrême, une autre forme de maltraitance nous guette, liée à l'indifférence, la non-reconnaissance, où le patient peut devenir objet. Bon nombre de professionnels nie leur attachement aux usagers, pour ne pas souffrir ou parce qu'ils pensent que ce n'est pas professionnel. Mais nier nos affects constitue un risque à part entière, et peut être plus dangereux encore.
Reconnaître l'attachement que l'on porte à nos patients permet de l'apprivoiser et d'en faire un réel outil de travail. A cela, deux conditions : accepter d'être touché lorsque l'histoire de l'autre entre en résonnance avec nos propres sensibilités, et surtout en parler, avec un collègue par exemple, afin de s'exposer dans nos modes de relation. Interdire cet attachement nous accuse et nous pousse vers une relation déshumanisante. L'autoriser nous déculpabilise et nous encourage à y travailler.

2- Face à la détresse de la personne soignée, les sentiments d'impuissance et de découragement sont fréquents

Il peut également arriver que le soignant soit confronté aux barrières que se fixe le patient. J'entends par barrière les limites que s'impose un patient et qui l'empêchent d'avancer. Ce mot barrière a été prononcé par le psychologue de l'unité d'addictologie lorsque je lui ai parlé de l'une de mes patientes qui trouvait sans cesse des excuses pour ne pas continuer l'activité, mais qui d'un autre côté, me disait qu'elle appréciait faire de la dentelle quand je lui posais la question.

D'après Emmanuelle Manck, rédactrice, lorsqu'elles deviennent malades ou dépendantes, certaines personnes deviennent irascibles* : elles font des reproches à leurs proches, se mettent en colère ou refusent de coopérer. Elles semblent abusives ou ingrates. Cette attitude est souvent l'expression détournée d'un sentiment d'injustice face à la maladie, de la peur de la mort, de la dépendance ou de l'abandon… Certaines personnes, naguère actives et autoritaires, ressentent un véritable dégoût vis-à-vis de la vulnérabilité que leur impose la maladie. Elles sont alors querelleuses pour se sentir encore puissantes. Ces réactions « de défense », bien connues des psychologues, sont difficiles à vivre pour les proches.
De plus, les maladies chroniques entraînent généralement une fatigue physique qui abaisse le seuil de tolérance au stress et augmente l'irritabilité.

Cette confrontation avec le refus du patient de se faire soigner a engendré dans un premier temps chez moi un sentiment d'impuissance.

Ce sentiment peut s'accompagner d'un sentiment d'infériorité à ne pas savoir suffisamment, à ne pas comprendre ou à ne pas pouvoir réagir comme on le voudrait. Il s'accompagne éventuellement d'émotions comme la tristesse et la colère. Les conséquences de ce sentiment difficile à vivre sont variables.
D'une part, il peut provoquer une lassitude, un désespoir dont le soignant ne se soulagera que s'il rencontre un soutien dans sa propre équipe ou éventuellement auprès d'autres professionnels.
Et c'est grâce au soutien du médecin addictologue et du psychologue de l'unité que j'ai retrouvé confiance en mon travail.

Mais d'autre part, ce sentiment peut pousser le soignant à une hyperactivité. Dans ce cas, le « trop en faire » intervient pour compenser l'impuissance et éviter la souffrance qu'il recèle. Il

peut aller jusqu'au *burn out* (en anglais, littéralement, brûler complètement) c'est-à-dire jusqu'à l'épuisement.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou *burn out syndrome* sont des termes inventés par des soignants pour des soignants afin de désigner « une expérience psychique douloureusement vécue par des personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens. » C'est le « ras le bol », la fatigue devenue chronique, parfois la dépression, en tout cas le désintérêt ou le désinvestissement. Ce sentiment renvoie à la notion de stress et tout le monde convient que le milieu hospitalier est une réserve à stress, côté patient mais aussi côté soignant. Sont en cause les situations dramatiques d'un bon nombre de patients, la surcharge de travail, la succession malheureuse de « coups durs », l'absence de gratification, le sentiment d'inutilité et parfois la conjugaison avec des problèmes personnels. Le découragement s'accompagne plus ou moins intensément d'émotions comme la lassitude, l'épuisement, la perte de l'enthousiasme, le stress, le désespoir, la peur et la rage, voire parfois le dégoût.
Définition tirée de l'ouvrage « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », de Pierre Canouï et Aline Maurange. [19]

Il n'y a pas lieu d'accepter une situation qui vous fait souffrir ou vous épuise. Il faut apprendre à se protéger du stress que peut engendrer une prise en charge. En plus du dialogue à instaurer avec les autres professionnels, quelques points évoqués ci-dessous peuvent permettre de prendre du recul face à une situation difficile :

- Soyez indulgent en gardant à l'esprit la cause réelle de l'agressivité du patient
- Adoptez une attitude calme et sereine
- Ne prenez pas ses agressions personnellement
- Cherchez à éviter tout différent et ne réagissez pas « au quart de tour » aux attaques du patient

Il est important de prendre à cœur son travail, mais il faut également savoir se protéger lorsque l'on se sent impuissant face à une situation. Pour ma part, et après en avoir parlé avec le psychologue du service, il semble que j'ai appliqué tout naturellement quelques uns des conseils évoqués dans le paragraphe précédent. Je ne prenais plus les remarques de la patiente pour moi et je me détachais de ces barrières qui l'empêchaient d'avancer. J'ai ainsi proposé un coussin pour répondre à son mal de dos…et petit à petit, la patiente s'est réellement investie dans l'activité et a mis de côté les difficultés des premières séances.

[19] CANOUÏ PIERRE, MAURANGES ALINE, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Masson, 2001. Quatrième de couverture et P.16

CONCLUSION

Au terme de cette lecture, je pense qu'il est important de donner une conclusion à mon travail. Conclusion qui va notamment me permettre de tirer les enseignements de cette expérience.

Il est difficile de synthétiser un mémoire en quelques lignes, mais quelques points importants vont me permettre d'organiser cet écrit final.

J'aimerais dans un premier temps revenir sur la place que l'Art-thérapie accorde à la dominante dentelle.
J'ai été admise en formation d'intervenant spécialisé en Art-thérapie, en tant que dentellière. Il semble alors évident que cette pratique était envisagée par les responsables de la formation, comme une possible dominante Art-thérapeutique. Pourtant, une partie importante de ma recherche s'est attachée à déterminer la nature exacte de cette pratique : artisanale, ou artistique ? En effet, dans l'esprit de la plupart des gens, la dentelle est considérée comme une technique artisanale du fait de son origine ornementale dans l'habillement. Mais mon futur métier ne portant pas le nom d'artisanat-thérapie, j'ai eu besoin d'apporter la preuve que la dentelle peut être une dominante artistique à part entière. J'espère qu'au terme de cette lecture, les images et autres expériences personnelles décrites, permettront à ceux qui ne voyaient en la dentelle, qu'une pratique artisanale, de modifier leur opinion. Je me permets ainsi d'affirmer au terme de ce mémoire, qu'une dentelle réalisée sans objectif d'utilité perd son caractère artisanal et peut donc être intégrée dans un processus de soin Art-thérapeutique.

Cependant, maintenant que tout ceci est éclairci, j'aimerai revenir également sur un second point qui m'a demandé réflexion. Il s'agit de la recherche d'une hypothèse qui lie spécifiquement l'Art-thérapie dentelle à la pathologie alcoolodépendante.
Ce que j'ai tenté de prouver dans ce mémoire, c'est que la dentelle est bien comme nous l'avons vu plus haut, une activité artistique, mais que sa technique d'apprentissage artisanale est sa spécificité et qu'il ne faut pas la renier.
Spécificité qui trouve d'ailleurs parfaitement sa place auprès des alcooliques lorsqu'on à connaissance d'une de leurs caractéristiques. Il s'agit de fuir la réalité et de chercher, grâce aux effets de l'alcool à s'enfermer dans un imaginaire « protecteur ».
Le travail a donc été tourné vers l'apprentissage de la technique qui incite les patients à rester ancré dans la réalité, mais une réalité agréable grâce a la pratique d'une activité artistique.
Cette première expérience d'Art-thérapie dentelle à donc permit de montrer que cette dominante été adaptée à l'une des caractéristiques de l'alcoolique même si nous avons pu voir que dans la pratique chaque personnalité est différente et que certains patients avaient par exemple d'avantage besoin de recherche créative que d'autres. Il est donc difficile d'apporter une réponse catégorique à une hypothèse, car une rencontre, une personnalité peut venir tout ébranler.

Ce premier stage pratique en Art-thérapie, a amené son lot de fierté et déception. Fierté qu'un certain nombre de progrès aient été atteints, et d'avoir pu, grâce aux effets de l'Art, sortir une patiente de son isolement social et moral. Mais aussi déception que le peu d'heure de stage ne m'ai permis d'approfondir certains bénéfices ressentis lors des dernières séances avec certains patients.
Je suis donc aujourd'hui partagée entre la curiosité de découvrir d'autres pathologies et les bénéfices d'autres dominantes artistiques, et l'envie d'approfondir les recherches entamées après le stage lors de l'écriture du mémoire.

En effet, même si rédiger une conclusion signifie en quelque sorte donner un point final à l'écrit j'ai conscience que seules de nouvelles expériences viendront donner des réponses aux propositions notamment rédigées en troisième partie de ce mémoire.
Si il y a une chose que l'écriture m'aura apprise c'est que la recherche n'est qu'une succession de phases de questionnements et de découvertes et j'espère que ma future vie d'Art-thérapeute sera toujours riche de cet enseignement.

Je ne pourrais écrire un mémoire pour chacune de mes futures rencontres Art-thérapeutiques, pourtant j'aimerais que cela soit possible. Ecrire, c'est se questionner sur des points qui seraient peut être passés inaperçus au milieu de toutes les choses que l'on vit avec un patient.
L'exercice de l'écriture, je ne m'y étais jamais attelée avant, et pourtant, il est essentiel pour comprendre comment l'on fonctionne et chercher à être un bon professionnel en Art-thérapie.

Ecrire c'est réfléchir, et grâce aux nombreuses discussions réalisées avec mon directeur de mémoire, j'ai pu développer ma faculté critique et forger les bases de ma future pratique en tant qu'Art-thérapeute.

A terme, ce qui serait formidable, c'est qu'à la lecture de ce mémoire, certains futurs Art-thérapeutes puissent entrevoir de nouvelles perspectives de questionnements et de réflexions afin de faire progresser encore les recherches en matière d'Art-thérapie.

LISTE DES GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Œuvre de Jeff Koons
Figure 2 : Les techniques de dentelles
Figure 3 : Exemples de collerettes et coiffe en dentelle
Figure 4 : Les outils utilisés pour la dentelle aux fuseaux
Figure 5 : Explication terminologique
Figure 6 : Exemples de cartons de réalisations
Figure 7 : *La dentellière* de Vermeer
Figure 8 : *Pénétration* d'Annette Messager
Figure 9 : *La leçon d'anatomie* de Rembrandt
Figure 10 : *Les trois grâces* de Rubens
Figure 11 : Œuvre d'Art brut
Figure 12 : *Le cri* de Munch
Figure 13 : *Portrait du Docteur Gachet* de Van Gogh
Figure 14 : Organigramme
Figure 15 : Thématiques thérapeutiques du réseau de santé du Bessin
Figure 16 : Le Cube Harmonique
Figure 17 : Evaluation d'Axel
Figure 18 : Autoévaluations d'Axel
Figure 19 : Schéma du niveau de confiance en soi d'Axel
Figure 20 : Evaluation de Clara
Figure 21 : Autoévaluations de Clara
Figure 22 : Graphique évaluant l'obsession du deuil chez Clara
Figure 23 : Vue extérieure du conservatoire de la dentelle de Bayeux
Figure 24 : Vue intérieure du conservatoire de la dentelle de Bayeux
Figure 25 : Graphique évaluant le niveau de socialisation des patients pris en charge
Figure 26 : Proposition de dentelle n°1
Figure 27 : Proposition de dentelle n°2
Figure 28 : Proposition de dentelle n°3
Figure 29 : Proposition de dentelle n°4
Figure 30 : Proposition de dentelle n°5
Figure 31: Proposition d'Autoévaluation
Figure 32: Schéma de l'opération artistique

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Artistiques :

-BRULET LYSIANE, *La dentelle aux fuseaux*, Bruchet-Chastel, 1996
-CATALOGUE D'EXPOSITION, *Métissages*, 1998
-FORESTIER RICHARD, *Tout Savoir sur l'Art occidental*, Edition Favre, 2004
-GHIRLANDAIO DOMENICO, *Artiste et Artisan*, Flammarion, 2002
-GOMBRICH. E.H, *Histoire de l'art,* Phaidon édition, 2006
-MONTUPET JANINE, SCHOELLER GHISLAINE, *Fabuleuses dentelles*, Edition Robert Laffont, 1988
-NOBECOURT MARIE-CATHERINE, POTIN JANINE, *La dentelle de Bayeux*, Bonneton, 1982
-SALVADOR MYLENE avec la collaboration de SOLVES JULIETTE, *La sagesse de la dentellière,* L'œil neuf éditions, 2009
-THERESE DE DILEMONT, *Encyclopédie des ouvrages de dames*, Edition Française, 1900

Médicales :

-BAZOT MAURICE, *L'homme et l'alcool*, Edition de santé, 1998
-CAIRE JEAN-MICHEL, *Nouveau guide de pratique en Ergothérapie, entre concepts et réalités*, Editeur scientifique, 2008
-CANOUÏ PIERRE, MAURANGES ALINE, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Masson, 2001
-CHARPENTIER LAURE, *Toute honte bue,* Grancher, 2006
-CHNEIWEISS LAURENT, *Les soignants face à la psychologie des maladies*, Lamarre, 1999
-DESCOMBEY JEAN-PAUL, *L'économie addictive, l'alcoolisme et autres dépendances,* Dunod, 2005
-GOMEZ HENRY, *La personne alcoolique,* Dunod, 1999
-GOMEZ HENRY, *Soigner l'alcoolique,* Dunod, 2002
-HILLEMAND BERNARD, *L'alcoolisme, que sais-je ?*, Presse universitaire de France, 2005
-MAESTRACCI NICOLE, *Les drogues, que sais-je ?*, Presse universitaire de France, 2005
-MANOUKIAN A, MASSEBEUF A, *La relation soignant/soigné*, Lamarre, 2001
-MOREL ALAIN, COUTERON JEAN-PIERRE, *Les conduites addictives, comprendre, prévenir, soigner*, Dunod, 2008
-*Petit Larousse de la médecine*, Larousse édition, 2007
-REYNAUD MICHEL, *Traité d'addictologie*, Flammarion médecine science, 2006

-SOURNIA JEAN-CHARLES, *Histoire de la médecine*, La découverte poche, 1997

Art-thérapeutiques :

-AGASSE JACQUES, *Expérience d'Art-thérapie en unité d'alcoologie. Image de soi et inscriptions temporelles*, 2005
-BOYER-LABROUCHE ANNIE, *Manuel d'Art-thérapie*, Dunod, 2002
-CHARDON FABRICE, *Atelier d'Art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes âgées démentes*, 2002
-COLLIN STEPHANIE, *Un atelier d'Art-thérapie à dominante Calligraphie auprès d'adultes en situation d'illettrisme*, 2008
-FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre édition, 2007
-FRECHURET MAURICE, DAVILA THIERRY, *L'art médecine*, Antenne éditoriale Réunion des musées nationaux, 1999
-KLEIN JEAN-PIERRE, *L'Art-thérapie, que sais-je ?*, Presse universitaire de France, 2008
-*L'évaluation en Art-thérapie, pratiques internationales*, Masson, 2007
-POZZO LAURETTE, *Expérience d'Art-thérapie à dominante calligraphie auprès de chômeurs*, 2001

Diverses :

-BEAUD MICHEL, *L'art de la thèse*, La découverte, 2005
-*Dictionnaire Larousse 2010*, Editions Larousse, 2009

ANNEXES

Fiche d'ouverture

-Identification du patient :

-Repérage des séances (fréquence, lieux, etc.) :

-Raisons de la prise en charge (date de la synthèse ou du fait de décision de la prise en charge) :

-Présentation du patient (anamnèse, capacités physiques, intellectuelles, affectives, culture artistique, goût pour l'art, comportement général, temps de concentration, appareillage etc.) :

-Intention sanitaire du patient :

-Intention artistique du patient :

-Nature et éléments de l'autoévaluation du patient (sanitaire esthétique) :

-Présentation art-thérapeutique (objectifs généraux, intermédiaires si possible, bilans médicaux, etc.) :

-Présentation artistique (technique dominante, phénomènes associés, Art 1 ou Art 2, actif ou contemplatif, capacité esthétique, méthode envisagée) :

-Mesure des items de base et justification du choix des items et des unités de mesure pour les items interprétés ou ressentis :

Fiche d'ouverture

Réalisé par M./Mme ..... Suite à la séance d'art-thérapie du.....

Avec M./Mme ....., art-thérapeute. *Nombre de séances déjà réalisées :* .....

Mettre une croix dans les cases correspondantes à vos réponses

I - J'ai réalisé une production artistique ❑

Avec (écrire le nom de la technique artistique) : .....

.....

II - Je n'ai pas réalisé de production artistique ❑

Mais J'ai parlé ..... ❑
J'ai regardé ..... ❑
J'ai écouté ..... ❑
J'ai bougé ..... ❑
Cela ne m'intéresse pas .... ❑

III - Cotation

(B1) Le plaisir que j'ai eu est : 1 2 3 4 5 — Aucun — Beaucoup

(B2) Je trouve que cela est fait : 1 2 3 4 5 — Très mal — Très bien

(B3) Mon envie de continuer est : 1 2 3 4 5 — Nulle — Très forte

IV – Conclusion

• J'ai eu besoin d'aide pour réaliser ce bilan : Oui .... ❑ Non ... ❑

• J'ai passé un moment 1 2 3 4 5 — Désagréable — Très agréable

• Avez-vous des commentaires à faire ? .....

.....

.....

.....

Fiche d'autoévaluation

Fiche d'observation

Phénomène artistique :
-Impression :
Capacités et possibilités sensorielles du patient (on pourra se référer aux bilans médicaux spécialisés)
-Intention :
a) Orientation, désir et volonté d'une recherche esthétique ;
b) Nature de l'expression (verbale ou non, directe ou non, confuse, existante mais non compréhensible) ;
-Action :
Mise en œuvre de moyens, méthodes et technicité d'une activité tendue vers un but esthétique. Faculté d'adaptation, de recherches et d'invention dans les moyens.
-Production :
a) Généralités : ce qui concerne l'ensemble des productions artistiques ;
b) Nature : visuelle (ex : arts plastiques, écriture, architecture, arts floral et naturel, costume, art de la présentation), auditive (ex : musique instrumentale et musique vocale), cénesthésique et cinétique (ex : théâtre, danse, chorée, arts adaptés du cirque).
-Capacités esthétiques :
Expression du goût, plaisir et émotion esthétique, faculté critique, cohérence du bon, du bien, du beau.
-Dynamique Art 1 et Art 2 :
Faculté d'aller puiser une énergie et une jouissance au plus profond de soi, tout en essayant de réaliser une production maîtrisée à tous point de vue.

Capacités relationnelles :
-Expression :
Le passage de l'activité instinctive à l'activité volontaire dirigée.
-Communication :
Le rapport à l'autre dans le souhait de transmettre une information.
-Relation :
Le principe d'unification avec l'autre.
-Implication relationnelle :
Le comportement général dans la relation, la méthode, (ou implication de l'art-thérapeute), la dynamique (ou implication du patient).
-Cohérence entre les éléments de la relation.

Bilan de la séance :
-Description et enchaînement des séquences, des moments ;
-Vue et appréciation d'ensemble de la séance ;
-Limites atteintes ;
-Modification ou faits surprenants apparus pendant la séance ;
-Apparition d'items pratiques : nature, condition et raisons de l'intérêt pour ces items ;
-Intérêt du patient pour l'activité ;
-Importance du verbal ;
-Divers (temps qu'il fait, activité, etc. tout ce qui peut influer sur le patient).

Analyse de la séance :
-Objectifs intermédiaires :
Les passages obligés pour atteindre l'objectif général.
-Sites d'actions :
Nature, état, localisation et description de la situation difficile.
-Niveau d'organisation :
Niveaux atteints, dénomination et nature.
- Cibles :
Détermination et moyens mis en œuvre pour les atteindre.
-Items théoriques et pratiques : suivis des mesures (grilles).
-Qualité des moyens mis en œuvre :
-Analyse du maintien ou du changement de la dominante et ses rapports avec les phénomènes associés :
-Erreurs (nature, cause, importance, effets produits).

Projection :
-La suite logique des séances précédentes :
-La nature de l'exploitation de la dominante :
-Les éléments nouveaux qui peuvent apparaître (suite à l'analyse) :
-Eventualité d'apparition d'items :

Fiche d'observation n°1

Fiche d'observation concernant la séance d'Art thérapie à dominante ……., réalisée le … / … / … , à … h … , avec M/Mme ……. , au …….

Objectif général :

Temps qu'il fait dehors :
Viens à la séance : OUI / NON
Le patient est coquet : OUI / NON / NORMAL
Difficulté principale du patient : PHYSIQUE / PSYCHIQUE
Difficultés sensorielles du patient : VUE / TOUCHER / OUI / GOUT / ODORAT
Le patient à t-il travaillé chez lui depuis la dernière séance : OUI / NON …
Le patient prend part au choix du motif à réaliser : OUI / NON …
Le point : Le fil :
Est-ce le même point qu'a la séance précédente : OUI / NON
Si c'est un nouveau point, est-il vite acquis : OUI / NON
Si c'est le même point qu'a la séance précédente, faut-il ré expliquer : UN PEU / BEAUCOUP / PAS DU TOUT
Temps pour se plonger dans l'activité : INSTANTANNE / MOYENNEMENT LONG / LONG / TRES LONG
Le patient me pose des questions : UN PEU / BEAUCOUP / PAS DU TOUT
Le patient répond a mes questions : TOUJOURS / RAREMENT / JAMAIS
Le patient essai de comprendre le dessin : OUI / NON
Le patient écoute mes conseils : OUI / NON
Si oui : IL LES APPLIQUENT / IL TENTE DE LES APPLIQUER MAIS N'Y PARVIENT PAS / IL TENTE DE LES APPLIQUER MAIS C'EST DIFFICILE / IL NE LES APPLIQUENT PAS
Le patient demande à ne pas être trop aidée : OUI / NON
Besoin de guider les mains tu patient en les touchant : OUI / NON
Le patient voit ses fautes : OUI / NON
Si oui, se corrige t-il lui-même : OUI / NON
Autonomie du patient : COMPLETTE / IMPORTANTE / QUASI NUL / NUL
Le patient a-t-il était en recherche d'esthétique : OUI / NON
Si oui, comment cela se traduit-il ? …
La dentelles réalisée comporte des fautes : UN PEU / BEAUCOUP / PAS DU TOUT
La dentelle réalisée est bien tendue : OUI / NON / INEGALEMENT
Les épingles sont bien placées : OUI / NON / CA DEPEND DES FOIS
Les difficultés du patient l'empêche t-il de faire l'activité : OUI / NON / UN PEU
Le patient a-t-il l'aire à l'aise corporellement : OUI / NON / A CERTAINS MOMENTS
Le patient a-t-il mis en place des items pratiques pour être plus à l'aise dans l'activité : OUI / NON
Si oui, lesquelles :
Le patient a avancé : LENTEMENT / RAPIDEMENT / MOYENENEMENT RAPIDEMENT
Le patient paraissait stressé : OUI / NON
Si oui, comment cela se traduisait-il :
Le patient a t-il était agressif dans ces gestes ou ses propos : OUI / NON

Le patient a parlé : A L'ART-THERAPEUTE / AUX AUTRES DENTELLIERES / AUX VISITEURS / NE PARLE PAS / NE S'EXPRIME QUE SUR SOLICITATION / NE S'EXPRIME QUE SUR L'AUTOEVALUATION
Si il a parlé, il parle de quoi : D'UN SUJET EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE / DE CHOSES EXTERIEURES A L'ACTIVITE …
Le patient parle de choses extérieurs à l'activité en même temps qu'il fait de la dentelle, ce qui signifierai qu'il est à l'aise avec la pratique : OUI / NON
Le patient semble : PLUTOT POSITIF / PLUTOT NEGATIF / TRES POSITIF / TRES NEGATIF / NI L'UN NI L'AUTRE
Des visiteurs regarde le travail du patient : OUI / NON
A-t-il l'aire perturbé : OUI / NON / UN PEU
Présence d'une personne connue du patient durant la séance : OUI / NON
Son implication : …
Implication de l'Art thérapeute : IMPORTANTE / RELATIVE / NULE
Erreurs commises par l'Art thérapeute :
La relation entre le patient et les autres est-elle équilibrée : OUI / NON
Si non, pourquoi :
Durée de la séance : …
C'est : TROP LONG / TROP COURT/ PARFAIT
Le patient a fait des pauses : OUI / NON
Si oui, combien … et combien de temps …
Le patient dit ne pas voir le temps passer : OUI / NON
Le patient à finis une dentelle aujourd'hui et l'a ramène chez lui : OUI / NON
Le patient est content de lui : OUI/ NON/ NE LE DIT PAS / LE DIT SOUS SOLICITATION
Le patient a un classeur pour ranger ses productions : OUI / NON
Le patient veux ramener le métier chez lui : OUI / NON
Le patient ramène le métier chez lui : OUI / NON
Le patient regarde les dentelles présentes dans le lieu : OUI / NON
Le patient admire t-il le travail des autres : OUI / NON
Le patient souri : UN PEU / BEAUCOUP / PAS DU TOUT
Le patient remercie l'Art thérapeute : OUI / NON
Le patient dit au revoir à l'Art thérapeute : ORALEMENT / LUI SERT LA MAIN / NE LUI DIT PAS AU REVOIR
Le patient dit au revoir aux autres personnes présentes : ORALEMENT / LEUR SERRE LA MAIN / NE LEUR DIT PAS AU REVOIR
Changement de dominante : OUI / NON
Si oui, lequel :
Divers :

Site d'action (difficulté) :

Quotation : … / 5

Niveau d'organisation (ce qui a été atteint) :

Objectif intermédiaire :

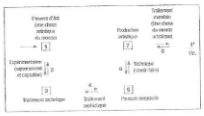
Fiche d'observation n°2

Fiche d'observation concernant la séance d'Art thérapie à dominante ……., réalisée le … / … / … , à … h … , avec M/Mme ……. , au …….

Objectif général énoncé par le médecin :
Intention Sanitaire et/ou esthétique du patient :
Objectif intermédiaire établit lors de la dernière séance :

Observations marquantes du jour :
Autoévaluation du jour :
Plaisir : ... / 5 Commentaires du patient :
Qualité du travail : ... / 5
Envie de continuer : ... / 5 Commentaires de l'Art-thérapeute :
Agréabilité du moment : ... / 5

Ce qui a été atteint :
Repérage du ou des sites d'action sur le schéma de l'opération artistique :



Evaluation de ces sites d'action :
Site d'action : : … /5 Site d'action : : … /5 Site d'action : : … /5

Rédaction de l'objectif intermédiaire :

Fiche d'observation n°3

Fiche de transmission
à l'équipe du service d'addictologie du réseau du Bessin, concernant Monsieur, Madame …
prise en charge en Art-thérapie dentelle au conservatoire de la dentelle de Bayeux.
Séance du … / … / … De … h à … h.

Objectif général (indication du médecin avant la première séance) :

Auto-évaluation du jour (réalisée par le patient) :
Plaisir : ... / 5 Commentaires du patient :
Qualité du travail : ... / 5
Envie de continuer : ... / 5
Agréabilité du moment : ... / 5

Observations du jour (réalisées par l'Art-thérapeute) :

Evaluation du jour (au regard du site d'action, ou difficulté détectée) :
Site d'action : Site d'action : Site d'action :
Quotation : ... / 5 Quotation : ... / 5 Quotation : ... / 5
Niveau d'organisation (ce qui a été atteint) :
Objectif intermédiaire :

Fiche de transmission n°1

Fiche de transmission
à l'équipe du service d'addictologie du réseau du Bessin,
concernant Monsieur, Madame …
prise en charge en Art-thérapie dentelle au conservatoire de la dentelle de Bayeux.
Séance du … / … / … De … h à … h.

Objectif général (indication du médecin avant la première séance) :

Intention sanitaire ou esthétique du patient (établit lors de la séance d'ouverture) :

Auto-évaluation du jour (réalisée par le patient) :
Plaisir : ... / 5 Commentaires du patient :
Qualité du travail : ... / 5
Envie de continuer : ... / 5 Commentaires de l'Art-thérapeute :
Agréabilité du moment : ... / 5

Observations du jour (réalisées par l'Art-thérapeute) :

Evaluation du jour (au regard des fiches d'autoévaluation et d'observation) :
Ce qui a été atteint :
Ce qui pose difficulté:
-La même difficulté qu'à la séance précedente:
Faiseau d'Item: Faiseau d'Item: Faiseau d'Item:
Faiseau d'Item:
Quotation: ... / 5 Quotation: ... / 5 Quotation: ... / 5 Quotation: ... / 5

-Apparition d'une nouvelle difficulté passagère:

-Une nouvelle difficulté à évaluer:
Faiseau d'Item:
Description du faiseau d'Item:
Quotation du faiseau d'Item: ... / 5

Au regard de la difficulté rencontrée, établir un objectif intermédiaire:

Fiche de transmission n°2

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
Faculté de médecine de TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

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

Soutenu en : 2011
Par : Mademoiselle SCHMIT Audrey

Titre : Une expérience d'Art-thérapie à dominante dentelle avec des patients alcoolo dépendants

Résumé : Le mémoire que vous avez entre les mains relate ma première expérience pratique en Art-thérapie, ainsi que son analyse. En effet, la formation universitaire dispensée par la faculté de médecine de Tours est composée d'enseignements théoriques mais également d'un stage pratique que j'ai réalisé au sein de l'unité d'addictologie du réseau de santé du Bessin en Normandie. Sous la direction du Docteur Pierre, j'ai pu valoriser les connaissances acquises lors de la formation grâce à la mise en place de séances d'Art-thérapie à dominante dentelle auprès de patients alcoolo dépendants.
Ce mémoire s'organise autour de 3 grands axes de recherches. Je distingue ainsi la mise en place d'une hypothèse, la description du stage et la discussion qui en découle. Dans un premier temps, en ayant connaissance des différentes caractéristiques de la personne alcoolique et des particularités de la dominante artistique choisie, j'ai émis une hypothèse de recherche. Celle-ci indique que la dentelle utilisée en Art-thérapie pourrait permettre de travailler sur la relation difficile que l'alcoolique entretient avec la réalité. Après avoir décrit le lieu d'accueil et son équipe, les études de cas, exposés en deuxième partie du mémoire m'on permit de donner un bilan à cette hypothèse. Enfin, j'ai consacré la troisième partie de mon écrit à l'analyse de cette expérience, ainsi qu'aux enseignements qu'elle nous apporte.
La recherche fonde notre métier d'Art-thérapeute et comme le dit Richard Forestier, « elle a encore de beaux jours devant elle ». Je suis heureuse de faire partie de cette belle histoire et j'espère que mon mémoire en sera digne. Bonne lecture à tous et à toutes.

Mots clefs : Dentelle ; Technique Artisanale ; Art ; Alcoolisme ; Imaginaire ; Thérapie ; Réalité ; Art-thérapie ; Recherches ;

Title : An experience of art therapy using lace-making with alcohol-addicted patients

Summary : This memory relates my first practical experience in art therapy and my own analysis.

Indeed my university training at the University of Tours meant theory but also a placement which I did in the alcohol addiction unit of Le Bessin health department, (in Normandy). With Docteur Pierre's help I was able to put into practice what I had learnt through art therapy sessions whose theme was lace-making with alcohol addicts.
There are three main parts in my research for the memory. Therefore we have hypothesis, the description of the placement and the ensuing discussion.
First, bearing in mind the different features of an alcoholic person and the particularities of the chosen artistic field, I have thought of a possible research. This hypothesis indicates that lace-making in art therapy could permit to work on the difficulties met by an alcoholic in real life. After describing the staff and the premises, the cases described in the second part of the memory led me to conclusions about this hypothesis. Finally, the third part of this memory is about the analysis of this experience and its enriching side.
Research is the very basis of our job as art therapists and, as Richard Forestier (my university referent) would say, "it has a long way to go". I am glad to contribute to this research and do hope that this memory is in accordance with it. I wish you enjoyed reading it.

Key words : Lace ; Craftsman's technical; Art; Alcoholism; Imaginary; Therapy; Reality, Art therapy; Research;