

UNIVERSITÉ de POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

**Art-thérapie et trouble de l'usage de l'alcool, accompagner les patients par les arts-
plastiques et l'écriture**

Expérience en Hôpital de jour au sein de la Clinique des Epinettes

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
présenté par Marine Poulain

Année 2024

Sous la direction de : Clémence Forestier-Dupuch
Psychologue Clinicienne au sein de l'Hôpital de jour de la Clinique des Epinettes

Lieu du stage : Hôpital de jour de la Clinique des Epinettes
51 bis Rue des Epinettes, 75017 Paris

Référent universitaire : Professeur Jean-Jacques Giraud

PLAN

REMERCIEMENTS	5
PREAMBULE	6
PARTIE 1 INTRODUCTION	8
1.1. Pathologie étudiée : Le trouble de l'usage de l'alcool.....	8
1.1.1 Contexte et chiffres liés à la consommation d'alcool	8
1.1.2 Le trouble de l'usage de l'alcool, critères	9
1.1.3 Facteurs de risques	10
1.1.4 Prise en charge pluridisciplinaire	11
1.2. Techniques artistiques utilisées	12
1.3. Définition de l'art-thérapie et application aux cas étudiés par les techniques artistiques choisies.....	13
1.3.1 Définition de l'art-thérapie	13
1.3.2 Intérêt de l'art-thérapie dans le cadre d'un trouble de l'usage de l'alcool	14
1.3.3 Hypothèse de travail	17
PARTIE 2 MATERIELS ET METHODES	17
2.1 Matériels	17
2.1.1. Renseignements sur le lieu de stage et les intervenants	17
2.1.2. Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique	18
2.1.3. Schémas utilisés (choix des items et grilles scientifiques validées).....	19
2.1.4. Choix des patients pour l'étude	20
2.1.4.1 <i>Choix des patients à accompagner lors de nos séances d'art-thérapie</i>	
2.1.4.2 <i>Choix des patients à inclure dans ce mémoire</i>	
2.1.5. Stratégies thérapeutiques (travail avec les personnels médicaux et paramédicaux) et besoins des patients	22
2.1.6 Durée de la recherche	23
2.1.7 Retombées attendues	23
2.1.8 Organisation des séances.....	24
2.1.9 Evaluation des séances	25
2.2 Méthodes.....	25
2.2.1 Madame A	25
2.2.1.1 <i>Anamnèse</i>	
2.2.1.2 <i>Objectifs thérapeutiques</i>	
2.2.1.3 <i>Séances d'art-thérapie</i>	
2.2.2. Monsieur V.....	33
2.2.2.1 <i>Anamnèse</i>	
2.2.2.2 <i>Objectifs thérapeutiques</i>	
2.2.2.3 <i>Séances d'art-thérapie</i>	
2.2.3 Monsieur J.....	36
2.2.3.1 <i>Anamnèse</i>	
2.2.3.2 <i>Objectifs thérapeutiques</i>	
2.2.3.3 <i>Séances d'art-thérapie</i>	
PARTIE 3 RESULTATS	39
3.1 Madame A.....	39
3.1.1 Echelles scientifiques, items scientifiques personnalisés, grilles d'observation.....	39

3.1.2 Auto-évaluation.....	41
3.1.2.1 Auto-évaluation de fin de séance	
3.1.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en soin	
3.1.3 Bilan	42
3.2 Monsieur V	43
3.2.1 Echelles scientifiques, items scientifiques personnalisés, grilles d'observation.....	43
3.2.2 Auto-évaluation.....	44
3.2.2.1 Auto-évaluation de fin de séance	
3.2.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en soin	
3.2.3 Bilan	45
3.3 Monsieur J.....	46
3.3.1 Echelles scientifiques, items scientifiques personnalisés, grilles d'observation.....	46
3.3.2 Auto-évaluation.....	47
3.3.2.1 Auto-évaluation de fin de séance	
3.3.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en soin	
3.3.3 Bilan	48
PARTIE 4 DISCUSSION.....	49
4.1 Apport et bénéfices de l'étude	49
4.2 Limites de l'étude	53
4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie	61
4.4 Discussion de la posture soignante en tant que futur art-thérapeute.....	63
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	67
GLOSSAIRE.....	70
ANNEXES	72
Annexe A – Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg.....	72
Annexe B – Grille du socle de compétences de Duclos	72
Annexe C – Grille d'observation	74
Annexe D – Fiche d'auto-évaluation de fin de prise en soin (exemple complété par M. V).....	78
Annexe E – Exemples de créations par Mme A	81
Annexe F – Exemples de créations par M. V	81
Annexe G – Exemple de création par M. V en groupe.....	81
Annexe H – Exemples de créations par M. J	81

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont fait avancer dans mon parcours et dans mon projet.

Je remercie ma directrice de mémoire, Clémence Forestier-Dupuch, pour ses conseils et son soutien, tout au long du stage et du mémoire.

Je remercie également tout le reste de l'équipe de la Clinique des Epinettes pour m'avoir permis de faire ce stage à leurs côtés, pour leur accueil et leur confiance : Julien Baltac, Dr Mélody Moya, Denis Richard, Floriane Dupré, Clément et tout le reste de l'équipe.

Je remercie bien sûr les patients.

Je remercie le Professeur Jean-Jacques Giraud, toute l'équipe pédagogique et tous les intervenants du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, pour permettre de développer ce Diplôme Universitaire, pour tout ce qu'ils m'ont permis d'apprendre et pour la passion qu'ils partagent et qui ne fait que renforcer mon envie d'avancer dans cette voie.

Je remercie mes camarades de promotion, pour leur soutien et pour leurs idées qui me permettent d'enrichir ma pratique et qui ont rendu encore plus agréables ces deux années d'étude.

Enfin je remercie tous mes proches, de me soutenir dans mes rêves et projets, et de tout ce qu'ils m'apportent.

PREAMBULE

Mon parcours n'a pas été linéaire, je dirais qu'il pourrait être classé dans les "parcours atypiques". Une chose me guidait pourtant dans mes décisions prises au cours de mon parcours : j'étais animée par une envie, celle d'aller vers quelque chose qui me paraissait avoir du sens et me correspondre, même si je ne sentais pas l'avoir complètement trouvé, je sentais que mon but était le bon et qu'il fallait continuer cette recherche. Quand j'ai découvert l'art-thérapie, mon parcours a pris sens, et j'ai senti que j'avais enfin trouvé ce qui me correspondait profondément.

Mon parcours a commencé avec un baccalauréat scientifique, spécialité mathématiques et option danse. Ce choix d'option qui aurait pu paraître étrange à l'époque, fait maintenant sens comme le reste : j'aimais à la fois le côté scientifique et rationnel, mais j'avais une soif d'art et de créativité qui prend sa source depuis mon enfance, nourrie par mes parents, qui m'avaient permis de m'inscrire dans des cours de danse classique, de danse moderne et d'art plastique depuis mon jeune âge. Je me suis beaucoup questionnée sur la suite à donner après mon baccalauréat scientifique. J'avais pensé à des études de psychologie car ce domaine m'intéressait, mais écoutant les conseils autour de moi, j'ai finalement choisi une voie générale qui me paraissait laisser plus d'options pour mon avenir : j'ai ainsi intégré une école de commerce. Je suis sortie diplômée d'un master en double diplôme de cette école et de l'université d'Angers. Toutefois l'art avait traversé de nouveau ma route, et c'est ainsi qu'en binôme avec un danseur, nous avons donné des cours de danse de couple et créé des vidéos de danse. Je me suis donc lancée dans cette carrière artistique. Après avoir vécu pleinement ce projet, je suis revenue à un métier plus classique pendant quelques années, me dirigeant vers le recrutement et les ressources humaines car j'aimais m'intéresser aux personnes que je rencontrais et j'appréciais l'idée de les accompagner. Ces différentes expériences m'ont apporté et m'ont beaucoup appris, toutefois, je sentais qu'il me manquait quelque chose. Mon envie d'accompagner les gens et de les aider n'était pas pleinement satisfaite et je sentais que je pouvais proposer bien plus. Au fil des années je me suis intéressée au mieux-être et à l'accompagnement, jusqu'à me former en hypnothérapie. Quand j'ai découvert l'art-thérapie, j'ai senti que cela me correspondait et que cela regroupait tout ce qui m'intéresse réellement : l'aspect de relation d'aide, le fait d'accompagner les autres en prenant en compte les aspects psychologiques, mais aussi le côté artistique et créatif, qui m'a toujours animé et pour lequel

j'étais déjà convaincue des bienfaits. Comme d'autres personnes, j'ai été confrontée au fait de trouver la bonne formation, comme cette profession n'est pas réglementée et que tous types de formation existent. Je voulais trouver une formation sérieuse et qui pourrait me donner les outils et la légitimité pour exercer ce métier. Après de nombreuses recherches, c'est quand j'ai découvert le Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers que j'ai été convaincue que c'était la formation que je voulais faire.

Dans le cadre de ce mémoire pour ce DU*, j'ai eu la chance d'être acceptée en stage au sein de la Clinique des Epinettes, pour accompagner des patients atteints du Trouble de l'Usage de l'Alcool (ou TUA*). L'objectif était notamment de les aider à améliorer leur qualité de vie, en les aidant à améliorer leur estime de soi. Ce stage n'a fait que confirmer de jour en jour mon envie profonde d'exercer de métier : grâce à l'équipe qui m'a offert un accueil plus que chaleureux et bienveillant, qui m'a soutenue et beaucoup appris, et aussi grâce aux patients, au travers des séances où j'ai pu les accompagner et par leurs retours. Je me suis dit que c'était réellement le métier que je veux pouvoir exercer. Je sais que j'ai encore beaucoup de choses à apprendre et que l'apprentissage ne s'arrête jamais. Toutefois je peux déjà noter le chemin parcouru et comme j'ai pu grandir pendant ce DU* et pendant ce stage.

Dans ce mémoire, nous verrons dans l'introduction la pathologie rencontrée lors de ce stage, les techniques artistiques utilisées ainsi que la définition de l'art-thérapie. Nous verrons ensuite les informations plus précises sur cette recherche : le contexte du stage, la stratégie art-thérapeutique mise en place, avec les objectifs thérapeutiques définis, les schémas utilisés, les grilles scientifiques sur lesquelles je me suis basée. Cette stratégie a été validée avec la psychologue, puisque comme nous le verrons l'art-thérapie s'ancre dans un accompagnement pluridisciplinaire, et en tant que stagiaire art-thérapeute il était important de valider les différents éléments de notre accompagnement avec l'équipe. Nous illustrerons notre recherche grâce à trois études de cas détaillées : avec leur anamnèse, les objectifs thérapeutiques et les séances, puis nous présenterons les résultats et bilans. Enfin, dans la partie discussion, nous discuterons des apports, mais également des limites de notre travail. Nous le comparerons à d'autres travaux, nous présenterons des pistes d'améliorations, et discuterons du cadre de l'art-thérapie et de la posture en tant que futur art-thérapeute.

PARTIE 1 INTRODUCTION

1.1. Pathologie étudiée : Le trouble de l'usage de l'alcool

1.1.1 Contexte et chiffres liés à la consommation d'alcool

L'alcool est une substance psychoactive très répandue depuis des siècles (OMS*, 2022), et consommée par de nombreuses personnes dans le monde. Même si sa consommation a nettement diminué en France entre 1961 et 2022, l'alcool est un produit qui est culturellement et socialement très répandu et ancré, et ces dernières années, il n'y a pas eu d'observation de baisse de consommation supplémentaire (SPF*, 2024). Par ailleurs, au niveau mondial, c'est dans la région européenne que la consommation d'alcool est la plus élevée (OMS*, 2022).

La consommation d'alcool entraîne de nombreux dommages, y compris pour les personnes ne souffrant pas d'addiction liée à l'alcool. Les conséquences négatives peuvent être multiples :

- Des risques de troubles pour la personne, par exemple : le trouble de l'usage de l'alcool, des pathologies chroniques comme la cirrhose du foie, des maladies cardiovasculaires (OMS*, 2022), des maladies du système nerveux et troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement) ou encore des cancers (Sante.gouv.fr, 2023)
- Des risques pour les autres : des troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcoolisation fœtale, l'alcool est également lié à 30% des accidents mortels de la route et à 30% de situations de violence (physique, psychique ou sexuelle) (HAS, 2023)
- De nombreux décès : en France, l'alcool cause environ 49 000 morts par an (Sante.gouv.fr, 2023) (les décès sont principalement dus à des cancers, à des maladies cardiovasculaires, à des maladies digestives, et ensuite imputables à une cause externe comme un accident ou des suicides (SPF*, 2024)). L'alcool est la seconde cause de mortalité évitable après le tabac et la seconde cause de cancer évitable (HAS, 2023).
- Des conséquences économiques et sociales importantes (OMS*, 2022), avec entre autres le fait que l'alcool est la première cause d'hospitalisation (ces hospitalisations liées à l'alcool étaient estimées à 2,64 milliards d'euros en 2012 (Sante.gouv.fr, 2023))

Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles de l'usage de l'alcool risquent de rencontrer des complications dans différentes dimensions de leur vie, impactant fortement leur qualité de vie et celle de leur entourage. Des conséquences peuvent donc survenir au niveau : physique, psychique (avec par exemple des troubles cognitifs), affectif (risque d'isolement), social,

économique, professionnel (absentéisme, perte d'emploi ou déscolarisation), ou encore juridique (violences ou délits pouvant amener à une incarcération par exemple) (HAS, 2023). L'addiction est souvent associée à des comorbidités, nous avons d'ailleurs pu l'observer chez les patients que nous avons accompagnés. A noter que les comorbidités peuvent être à la fois à la source du TUA*, ou sont parfois une conséquence de ce trouble. Celles qui sont le plus fréquentes sont « les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité. » (Benyamina et al., 2013, p. 257).

1.1.2 Le trouble de l'usage de l'alcool, critères

Comme expliqué par la Haute Autorité de Santé (HAS*, 2023), le trouble de l'usage de l'alcool correspond à une relation pathologique entre le patient et l'alcool. Afin de déterminer si une personne est atteinte d'un TUA*, certains critères doivent être pris en compte, notamment la présence d'une envie intense et irrépressible de consommer malgré les conséquences négatives. Les critères sont définis très précisément dans le DSM-5 (Version 5 du "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"), ce qui permet ainsi de mesurer la sévérité du trouble. On parle de TUA* à partir de 2 critères présents au cours d'une période de 12 mois. Le degré de sévérité est jugé comme léger s'il y a 2 ou 3 symptômes, modéré s'il y en a 4 ou 5 et sévère à partir de 6 symptômes. La dépendance est associée à 4 critères ou plus.

Les 11 critères du DSM-5 sont les suivants :

1. *« La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu ;*
2. *Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ;*
3. *Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets ;*
4. *Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance (craving*) ;*
5. *L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;*
6. *Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;*
7. *Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;*
8. *Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;*

9. *L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;*
10. *Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :*
- *besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,*
 - *effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;*
11. *Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
- *syndrome de sevrage* caractérisé à la substance,*
 - *la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »*

Le terme de TUA* est maintenant utilisé. Auparavant d'autres termes pouvaient être employés tels que : alcoolisme, dépendance, addiction, abus. Le fait d'utiliser ces mots pouvait créer une confusion ou de la stigmatisation. C'est en se basant sur ces informations que nous utiliserons dans ce mémoire la terminologie : trouble de l'usage de l'alcool ou TUA* (HAS, 2023).

1.1.3 Facteurs de risques

Les risques de dépendance sont liés à 3 dimensions : l'individu, le produit et l'environnement. (Inserm, 2017)

- **Facteurs de risques au niveau individuel :**

Le risque d'addiction est plus fort pour les personnes souffrant d'anxiété, ayant des symptômes de dépression, un caractère introverti ou une mauvaise estime de soi. Parmi les individus les plus à risque, il y a également ceux étant à la recherche de sensations fortes et sujets à des compulsions ou de l'impulsivité. (Ameli, 2022)

Par ailleurs, plus un adolescent a une consommation problématique d'alcool en étant jeune, plus il a de risques de développer un TUA* à l'âge adulte : 1 adolescent sur 4 ayant une consommation problématique développe un TUA*. (HAS, 2023)

Le fait d'avoir subi des traumatismes est un autre facteur de risque et peut amener à développer une addiction. (Ameli, 2022)

Des aspects neurobiologiques peuvent également constituer des facteurs plus ou moins importants de vulnérabilité. Le circuit de la récompense a une place importante dans l'addiction. Les substances psychoactives libèrent de la dopamine qui va amener une sensation de plaisir et

encourager à réitérer l'acte de consommation. Chez les personnes développant une addiction, ce système est dérégulé. (Drogues.gouv.fr)

Le niveau d'activité des neurotransmetteurs* et des facteurs génétiques diffèrent en fonction des individus et peuvent constituer des facteurs de risque. (Inserm, 2017)

Des chercheurs ont découvert chez les personnes dépendantes un manque de plasticité des synapses*, ce qui empêcherait que les neurones se réorganisent correctement après qu'une substance psychoactive ait eu des impacts au niveau cérébral. (Drogues.gouv.fr)

- **Facteurs de risques au niveau du produit :**

Les produits ont différents potentiels addictifs : le tabac, l'héroïne, la cocaïne et l'alcool sont parmi les produits les plus à risques. Par ailleurs, une différence peut également être observable en termes de vitesse d'addiction et de nombre de prises : certains produits peuvent créer des risques de dépendance après seulement une ou quelques prises (ce qui est le cas de drogues telles que l'héroïne ou la cocaïne), tandis qu'avec l'alcool l'addiction s'installe en général plus progressivement. (Ameli, 2022)

- **Facteurs de risques au niveau de l'environnement :**

L'environnement relationnel (famille, amis, relations) peut jouer un rôle important dans l'installation et le maintien d'une addiction : un entourage consommant présente par exemple plus de risques. D'autres éléments de l'environnement peuvent également jouer un rôle (contexte socioprofessionnel, présence de stress, etc.). Toutefois, à l'opposé, certains environnements peuvent aider dans l'arrêt ou la diminution d'alcool (INRS, 2023) (que ce soit en termes relationnels, mais également au niveau de la société : par exemple dans les pays où des réglementations sont mises en place : heures de vente, impacts sur le prix du produit). Une étude européenne met également en avant le rôle des médias et le fait que l'exposition à l'alcool dans ceux-ci et dans les films accroît le risque de binge drinking*. (Inserm, 2021)

La souffrance sociale est un sujet important dans le traitement des troubles liés à l'alcool, et ces dimensions professionnelles, de logement, d'isolement social, etc., peuvent à la fois être un facteur de risque ou une conséquence. (Benyamina et al., 2013, p. 257-258)

1.1.4 Prise en charge pluridisciplinaire

Pour accompagner les personnes souffrant d'un TUA*, de nombreuses dimensions sont donc à prendre en compte, et font intervenir différents professionnels ayant chacun des compétences

spécifiques et permettant d'aider la personne avec une approche médico-psycho-sociale (HAS, 2023). La prise en soin dure souvent longtemps, avec des rechutes, et il est important de soutenir le patient pendant tout le processus. Après le sevrage*, un accompagnement pluridisciplinaire est nécessaire pour aider la personne durablement, que ce soit par rapport à sa pathologie directement, mais également pour tous les autres éléments liés : les troubles tels que l'anxiété ou la dépression par exemple, l'intégration sociale si nécessaire, la remédiation cognitive* en cas de troubles cognitifs, les démarches socioprofessionnelles pour atteindre les nouveaux objectifs de vie, le développement des centres d'intérêts et d'activités, l'amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi, etc. (Inserm, 2017)

1.2. Techniques artistiques utilisées

Lors de ce stage, les techniques artistiques utilisées ont principalement été les arts plastiques et l'écriture. Nous avons proposé à l'équipe pluridisciplinaire ces 2 techniques artistiques, mais également la danse, de par notre expérience passée dans ce domaine. Toutefois, par rapport à leur demande, la décision a été prise de faire nos séances d'art-thérapie à travers les arts plastiques et l'écriture, pour privilégier des supports qui sont moins représentés à l'hôpital de jour, car plusieurs ateliers donnés par les psychomotriciennes mobilisent déjà le corps, avec de l'expression corporelle et parfois de la danse.

- **Les arts plastiques**

Les arts plastiques offrent une large palette de possibilités et d'outils. Ils peuvent aller de la peinture, au collage en passant par le dessin. Les outils sont variés : peinture acrylique, gouache, craies, encres. Le fait d'avoir tout cet éventail de possibilités permet : aux patients d'expérimenter différentes choses, de varier les séances, de proposer différents angles pour atteindre les objectifs thérapeutiques, de s'adapter aux patients, de les amener à faire des choix et à se diriger vers l'autonomie, et d'explorer différents sens (le toucher pour les craies et le collage, la vue pour les encres qui se diffusent ou pour les couleurs variées des peintures, etc.). Lors des séances, nous rappelons qu'aucune compétence technique n'est nécessaire et aucun résultat visuel spécifique n'est attendu. Après leur avoir présenté la séance et ce qu'ils allaient faire, nous leur rappelons également que lorsqu'il leur était proposé de créer, ils étaient libres de choisir de faire du figuratif ou de l'abstrait, selon leur préférence.

- **L'écriture**

L'écriture est une technique artistique qui est facilement accessible (à l'exception de personnes qui rencontrent des difficultés à écrire, ce qui n'était pas le cas des patients de l'hôpital de jour). Elle est également aisément réutilisable par les patients en dehors des ateliers d'art-thérapie. Ce médium peut parfois ramener à des souvenirs scolaires, qui en fonction des personnes peuvent être agréables ou difficiles. Un cadre sécurisant est quoiqu'il arrive proposé à chaque séance peu importe la technique, mais il nous paraît important de prêter une attention particulière dans les séances avec de l'écriture. L'écriture pouvait être proposée avec des arts plastiques dans une même séance, ou en thème principal.

Les formes d'écritures peuvent varier : jeux d'écriture, acrostiches*, phrases à compléter, portrait chinois à écrire, mots en lien avec une image, poèmes, haïkus*, texte libre, lettre, etc.

- **L'apport de la musique, en approche réceptive**

La musique peut également être une technique artistique complémentaire très intéressante à utiliser lors des séances. Nous avons choisi de l'utiliser en approche réceptive, car nos connaissances par rapport à cette technique artistique sont insuffisantes.

La musique était choisie pour créer une atmosphère propre aux séances d'art-thérapie et qui permettait de favoriser l'introspection et se connecter à ses ressentis et émotions. Elle permet également de stimuler le sens de l'ouïe en même temps que d'autres sens.

1.3. Définition de l'art-thérapie et application aux cas étudiés par les techniques artistiques choisies

1.3.1 Définition de l'art-thérapie

Il existe différentes définitions de l'art-thérapie, nous retenons les éléments suivants :

- L'art-thérapie s'appuie sur le processus créatif pour lutter contre des troubles liés à une pathologie ou des événements de vie. La création artistique est mise au service du soin et utilisée à des fins thérapeutiques. Les médiations artistiques qui peuvent être utilisées sont variées (arts plastiques, musique, danse, etc.). L'art-thérapie se base sur « la rigueur thérapeutique et l'esprit scientifique », avec un protocole de prise en soin art-thérapeutique en lien avec l'objectif général de l'équipe pluridisciplinaire (Giraud & Pain, 2015).

- Comme nous l'avons appris dans notre DU*, l'art-thérapie permet au patient de travailler de manière détournée pour « transformer son comportement, sa manière d'être, sa problématique, ses pénalités de vie, sa manière de percevoir les situations » (Cours de Sandrine Mercier, 2022).
- Les séances peuvent être duelles ou en groupe. L'aspect ludique de l'art-thérapie permet aux patients d'accéder à leurs ressources. L'art-thérapie mobilise les capacités de la personne et les séances peuvent être vues comme des espaces d'expérimentation. Elle permet de travailler sur l'inconscient. L'art-thérapeute a bien sûr son rôle à jouer, et il doit permettre au patient de « faire son propre chemin à son propre rythme » et « veiller à ce que la problématique ne dépasse pas le cadre de compétences qui est le sien » (Evers Angela, 2019).

Notre façon de présenter l'art-thérapie serait la suivante : l'art-thérapie est une discipline qui utilise des moyens artistiques (arts plastiques, écriture, danse, etc.), au service de la thérapie. Au travers du processus artistique et de ses créations, et accompagné par l'art-thérapeute, le patient va pouvoir atteindre différents objectifs thérapeutiques, sans forcément en avoir conscience. Cela va par exemple permettre au patient : d'exprimer ses émotions autrement, de travailler sur son estime de soi, de travailler sur les interactions avec les autres, de changer sa perception sur certaines choses ou sur lui-même pour dépasser des problématiques qu'il rencontre. Les séances d'art-thérapie ne nécessitent pas de compétences artistiques préalables, et ne sont ni des cours d'art ni des ateliers occupationnels. La relation avec l'art-thérapeute occupe une place importante dans le processus, et l'alliance thérapeutique* et le cadre posé vont aider le patient à pouvoir cheminer dans son processus de transformation pour aller vers un mieux-être. Que ce soit pour des séances individuelles ou en groupe, il est primordial de s'adapter aux patients, à leurs capacités et à ce qui intervient en séance. L'art-thérapie intervient en complément des autres disciplines médicales et paramédicales, et dans le cadre d'un projet commun avec les autres professionnels, et la rigueur thérapeutique et l'esprit scientifique sont importants dans le protocole art-thérapeutique.

1.3.2 Intérêt de l'art-thérapie dans le cadre d'un trouble de l'usage de l'alcool

Grâce à nos lectures, nous pouvons observer qu'il paraît y avoir un réel intérêt à proposer des séances d'art-thérapie en addictologie, et notamment pour les patients souffrant de TUA* :

- L'art-thérapie est particulièrement indiquée car elle permet de travailler sur des problématiques présentes chez ces patients, comme : l'anxiété, les problématiques d'estime de soi, la composante émotionnelle, la motivation au changement, l'imaginaire, le plaisir et une faille de la capacité de représentation (Raguénès Amélie, 2018).
- L'art-thérapie permet de créer du lien, resocialiser, dans un contexte d'isolement ou de marginalisation chez certains de ces patients (Tornay Angélique, 2023).
- Les séances sont l'occasion de travailler sur la problématique de l'attachement qui est importante chez les personnes ayant un TUA*. Il est notamment important de prendre soin de la clôture des séances. Dans ce cadre, il est possible de prévoir un "objet transitionnel pour symboliser la fin de l'accompagnement" (Tornay Angélique, 2023). La littérature parle parfois de « pathologie du lien » ou « pathologie de la relation » chez les personnes ayant un TUA* et de difficultés avec les émotions (Benyamina et al., 2013, p. 331). L'art-thérapie permet d'aider sur ces dimensions. Les séances permettent de créer des liens entre participants dans le cas de prises en soin groupales, et de renvoyer le patient à sa relation à l'autre et à lui-même. L'art-thérapie permet également aux patients qui ont des difficultés à verbaliser, notamment leurs émotions, de s'exprimer autrement. Il est possible par la suite d'utiliser les créations comme support pour réinvestir la parole. (Dikann Alain, 2021)
- Dikann confirme l'intérêt de l'art-thérapie pour accompagner les patients souffrant d'une addiction. Elle permet de rendre les patients acteurs de leur soin par l'acte de création. Les séances d'art-thérapie sont complémentaires des autres accompagnements proposés et permettent d'entrer dans un véritable processus de transformation et de favoriser des stratégies résilientes. Elles permettent de mobiliser les capacités des patients, d'exprimer leurs besoins et de restaurer l'estime de soi. (Dikann Alain, 2021)

L'idée est toujours de travailler en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, pour s'inscrire dans la prise en soin globale et dans le projet du patient. Nos séances d'art-thérapie étaient donc construites pour s'intégrer dans ce projet global et discutées avec la psychologue.

Comme nous l'avons vu, l'accompagnement des patients souffrant d'un TUA* va bien au-delà de l'arrêt de la consommation d'alcool. De nombreuses dimensions sont à prendre en compte

dans la prise en soin pluridisciplinaire, là où l'art-thérapie pourrait s'intégrer dans la prise en soin globale, en collaboration avec les autres accompagnements mis en place. L'objectif que nous nous fixions dans nos séances d'art-thérapie n'était pas d'intervenir directement sur le TUA* ou l'abstinence, mais de fixer des objectifs thérapeutiques pour améliorer la qualité de vie des patients en visant d'autres problématiques associées au TUA*.

En amont de nos séances, en plus d'avoir échangé avec certains membres de l'équipe pluridisciplinaire, nous avons fait des lectures et noté les différentes thématiques qui en ressortaient, afin de proposer à la psychologue avec qui nous travaillions : des objectifs thérapeutiques, des idées de séances, ainsi que des grilles scientifiques sur lesquelles baser notre travail. Nous avons ainsi envisagé de travailler sur : l'anxiété, l'estime de soi, l'expression des émotions, la gestion de la frustration, le relationnel, la capacité au changement, le plaisir en dehors du produit, l'imaginaire et la créativité. Dans le cadre de cette étude, la psychologue nous a conseillé de concentrer notre travail sur un thème précis et uniquement sur les grilles scientifiques liées. Cela faisait d'ailleurs sens par rapport à notre lecture du mémoire d'Amélie Raguénès, qui elle-même dans les limites de son étude avait indiqué "Nous avons fait le choix d'explorer 6 thèmes, relatifs à 6 conséquences de la dépendance. Nous aurions pu réaliser l'étude sur un seul thème et alors l'approfondir davantage" (Raguénès Amélie, 2018). En accord avec la psychologue, nous avons donc décidé d'orienter notre étude sur le sujet de l'estime de soi, qui concerne tous les patients comme elle nous l'a confirmé. Travailler sur l'estime de soi nous permettait par ailleurs d'aller également explorer d'autres thématiques citées précédemment, qui étaient en lien avec l'estime et qui faisaient sens par rapport au travail de l'équipe pluridisciplinaire (par exemple le travail sur les émotions).

L'estime de soi « est une évaluation ou une mesure de ses actions, qui permet d'apprécier si ces actions sont en cohérence avec ses propres valeurs » (Dikann Alain, 2021). Comme nous avons pu le voir dans nos lectures, l'estime de soi est un sujet à travailler chez ces patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, et l'art-thérapie "offre des vertus essentielles pour travailler sur les troubles de l'estime de soi" (Dikann Alain, 2021). Dans leurs mémoires, Amélie Raguénès et Angélique Tornay avaient travaillé plusieurs objectifs dont l'estime de soi, et avaient observé des résultats positifs. Amélie Raguénès avait utilisé des techniques artistiques audiovisuelles, tandis qu'Angélique Tornay avait utilisé plusieurs techniques, avec principalement les arts

plastiques et l'écriture (Tornay Angélique, 2023) (Raguénès Amélie, 2018). Ces techniques artistiques devraient donc bien se prêter pour atteindre cet objectif. L'idée dans cette étude sera de centrer notre travail sur le sujet de l'estime de soi, avec des séances différentes, dans cet autre hôpital de jour pour continuer les recherches.

1.3.3 Hypothèse de travail

Notre hypothèse de travail pour cette étude se basera donc sur la question suivante :

En quoi l'art-thérapie, par les arts plastiques et l'écriture, permet-elle d'aider les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool à améliorer leur estime de soi pour aller vers un mieux-être et une meilleure qualité de vie ?

PARTIE 2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Matériels

2.1.1. Renseignements sur le lieu de stage et les intervenants

Notre stage s'est déroulé dans l'hôpital de jour (HDJ*) de la Clinique des Épinettes, dans le 17^e arrondissement de Paris. Cette clinique, ouverte en 2014, est spécialisée en addictologie. C'est un établissement de Soin Médicaux et de Réadaptation, certifié par la Haute Autorité de Santé avec un Niveau A depuis 2016 (Cliniquedesepinettes.com). Elle propose aux patients une hospitalisation complète et un accompagnement via l'hôpital de jour. La clinique a pour projet de réduire les conséquences (fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales) chez les patients ayant un trouble de l'usage avec des substances.

Dans ce mémoire, nous nous concentrerons sur l'hôpital de jour où nous avons effectué notre stage. En HDJ*, l'objectif est l'abstinence après le sevrage* et la prévention de la rechute (Nouveau Livret d'Accueil HDJ, 2023). L'équipe de l'hôpital de jour est composée de : Dr Mélody Moya (médecin), Julien Baltac (réfèrent HDJ* et éducateur), Clémence Forestier-Dupuch (psychologue clinicienne), Floriane Dupré (neuropsychologue), des enseignants en activité physique adaptée (Mickaël, Clément), des psychomotriciennes (Lola, Magalie), des aides-soignants (Antonio) et des infirmières.

Il existe un programme particulier de remédiation cognitive* pour les patients ayant développé des troubles cognitifs liés à l'alcool et un autre programme pour la prévention de la rechute pour les autres patients. Dans nos séances d'art-thérapie, les patients que nous avons

accompagnés étaient ceux dans le parcours prévention de la rechute. Nous n'avons pas réalisé de séances pour le groupe de remédiation cognitive* où la diminution des troubles cognitifs est visée : c'est pour cela que ce mémoire n'abordera pas la question des troubles cognitifs qui peuvent découler du trouble de l'usage, et que nous nous sommes concentrés sur d'autres objectifs thérapeutiques.

Plusieurs ateliers étaient réalisés par les membres de l'équipe : des groupes de parole, des ateliers de psychoéducation, des séances d'activité physique et de psychomotricité, des ateliers basés sur la thérapie cognitivo-comportementale, et des ateliers "culture du cœur" où des billets sont proposés pour assister à des activités culturelles. Tous les ateliers en hôpital de jour sont avec un fonctionnement de "groupe ouvert" : c'est-à-dire que les patients qui entrent à l'HDJ* peuvent immédiatement intégrer le groupe déjà existant. Les patients étaient reçus en entretien individuel régulièrement par un membre de l'équipe afin de faire un point sur leur projet, leur abstinence et l'atteinte des objectifs qu'ils s'étaient fixés, et pour discuter d'une potentielle sortie de l'HDJ*.

Par ailleurs, pour assister aux groupes, les patients ne doivent pas être sous l'emprise d'un produit. Un éthylotest est effectué avant les ateliers et doit être à zéro g/L.

Les patients doivent maintenir un suivi à l'extérieur avec leur médecin addictologue pour intégrer l'HDJ*. A noter qu'il n'y a pas de suivi médicamenteux au sein de l'HDJ* et la médecin ne fait pas de prescription ou ne gère pas le traitement que les patients prennent.

Les patients présents viennent principalement pour leur addiction à l'alcool, même s'ils souffrent parfois de dépendance à d'autres substances en plus, c'est pour cela que ce mémoire porte sur le trouble de l'usage de l'alcool. A titre d'information, seule une patiente rencontrée n'était pas présente pour un TUA*, son addiction concernait les jeux.

2.1.2. Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique

La prise en soin art-thérapeutique s'intègre dans le projet global de la clinique, elle s'inscrit donc en complémentarité des autres soins et en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Comme expliqué précédemment, la littérature et nos échanges avec la psychologue nous ont permis de définir un objectif thérapeutique principal pour nos séances qui était d'améliorer l'estime de soi, pour permettre aux patients d'aller vers une meilleure qualité de vie.

Comme appris au cours de notre formation durant le DU*, nous avons ensuite fixé des objectifs secondaires et des objectifs de séance pour atteindre cet objectif principal. Nous avons ainsi utilisé la grille du socle de compétences de Duclos (Annexe B, p. 72) pour développer nos objectifs secondaires. De ces objectifs secondaires découlent des objectifs de séance. Même si l'objectif était commun à tous les patients, nous avons bien à l'esprit d'adapter notre stratégie art-thérapeutique pour prendre en compte autant que nous le pouvions les individualités de chacun.

2.1.3. Schémas utilisés (choix des items et grilles scientifiques validées)

- **Grilles scientifiques validées ayant servi de base à notre travail**

Il était important pour nous de rechercher des grilles scientifiques validées pour nous en inspirer et ainsi développer des critères d'évaluation sérieux, qui peuvent être compris par l'équipe pluridisciplinaire, et pour tendre autant que possible vers l'objectivité.

Nous avons ainsi basé notre travail sur l'échelle scientifique de l'Estime de soi de Rosenberg (Annexe A, p. 72). Cette échelle a été créée par le sociologue Morris Rosenberg et est la plus utilisée dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi. La mesure se fait en auto-évaluation*. Par ailleurs, pour établir notre stratégie art-thérapeutique, les objectifs secondaires et le choix des items, en plus de cette échelle de Rosenberg, nous avons utilisé la grille du socle de compétences de l'estime de soi de Duclos (Annexe B, p. 72). Cette grille a été développée par Germain Duclos, psychoéducateur et orthopédagogue canadien, et comme nous l'avons appris au cours de notre formation, elle peut nous aider dans l'élaboration de notre stratégie art-thérapeutique lorsque nous travaillons sur l'estime de soi (cours de Sandrine Mercier, art-thérapeute).

- **Grille d'observation avec items sélectionnés**

Nous avons donc créé notre grille d'observation en nous inspirant de ces deux échelles (Rosenberg et Duclos). Nous avons également ajouté des items en lien avec le travail spécifique d'art-thérapie et à partir de nos lectures. Nous avons présenté notre grille à la psychologue pour avoir sa validation et nous l'avons retravaillée à partir de ses conseils.

- **Autres évaluations en complément**

En plus de cette grille d'observation, afin d'avoir un maximum d'éléments pour mesurer les évolutions et ne pas uniquement nous baser sur nos observations, nous avons aussi voulu proposer d'autres grilles remplies par les patients en complément :

- Nous avons créé une grille d'auto-évaluation à remplir par le patient à chaque fin de séance (validée par la psychologue), avec une question à 4 propositions (« Avez-vous été satisfait de vous pendant la séance ? 1) Complètement insatisfait, 2) Plutôt insatisfait, 3) Plutôt satisfait, 4) Très satisfait ») et 2 questions ouvertes (« Qu'est-ce que cette séance vous a apporté ? » et « Qu'est-ce que cette séance vous a appris sur vous ? »)
- Pour aller plus loin, nous avons proposé à la psychologue de faire passer l'échelle de l'Estime de soi de Rosenberg, avant la 1^{ère} séance d'art-thérapie et après la dernière séance. Elle a validé le fait que nous donnions aux patients cette échelle en auto-évaluation*. Avec ces échelles et ces grilles, l'objectif n'était pas d'établir un diagnostic, mais uniquement de mesurer une potentielle évolution en fin de prise en soin. Toutefois, il est à noter que les grilles de Rosenberg remplies ne seront hélas pas toutes utilisables, car elles n'ont parfois pas été complétées en intégralité par les patients, mais lorsque cela est pertinent nous les considérons comme un complément pour étudier l'évolution.
- Nous avons également créé une grille d'auto-évaluation de fin de prise en soin (également corrigée et validée avec la psychologue). La psychologue nous a conseillé d'y inscrire une majorité de questions ouvertes afin d'avoir des données qualitatives complémentaires à utiliser pour notre étude (Annexe D, p. 78 : exemple complété par M. V)

2.1.4. Choix des patients pour l'étude

2.1.4.1 Choix des patients à accompagner lors de nos séances d'art-thérapie

Pendant notre stage, pour décider des patients que nous allions accompagner dans nos séances d'art-thérapie, nous avons échangé avec l'équipe pluridisciplinaire et nous nous sommes basés sur leur retour. Nous avons mené des séances en groupe et en individuel. Le choix des patients pour ces deux typologies de séances s'est fait de façon différente :

- **Pour les séances de groupe :**

Le fonctionnement de base de l'hôpital de jour s'appuie sur des ateliers en groupe, avec les patients qui viennent sur la demi-journée ou sur la journée complète. Les patients assistent à tous les ateliers prévus sur la demi-journée ou la journée. L'idée de l'équipe pluridisciplinaire était donc que nous puissions proposer nos séances d'art-thérapie en les intégrant au programme de la journée au groupe présent ce jour-là : en groupe ouvert. Les groupes fermés sont en général privilégiés en art-thérapie, toutefois pour nous inscrire dans le projet de soin global, nous avons suivi les recommandations des professionnels de la clinique. En raison de ce fonctionnement en groupe ouvert et des problèmes d'assiduité en général rencontrés dans cette pathologie, le choix des patients à intégrer dans ce mémoire s'est fait après la dernière séance.

- **Pour les séances individuelles :**

Les séances individuelles d'art-thérapie ont été proposées en plus des séances de groupe, de façon exceptionnelle dans le cadre de notre étude. Les patients à qui proposer ces séances ont été validés par l'équipe pluridisciplinaire. Les patients étaient libres d'accepter ce suivi individuel, ou de refuser, par exemple s'ils préféraient faire les séances en groupe.

Nous avons dû nous adapter à ce qui survenait au cours de notre stage, cela est donc arrivé que certains patients commencent en suivant nos séances d'art-thérapie en groupe, puis continuent en individuel car ils ne pouvaient plus venir à la séance de groupe par exemple.

2.1.4.2 Choix des patients à inclure dans ce mémoire

Pour déterminer les patients que nous allions inclure dans cette présente étude, parmi ceux accompagnés, nous avons pris en compte les critères suivants :

- **Critères d'exclusion :**

- Patients absents lors de la dernière séance (et n'ayant donc pas complété la grille finale d'auto-évaluation)
- Patients n'ayant pas de TUA* (une patiente présente pour addiction aux jeux d'argent)

- **Critères d'inclusion :**

- Patients ayant participé à 7 séances d'art-thérapie ou plus

Selon ces critères, 6 patients pouvaient être éligibles. Pour déterminer les 3 études de cas de ce mémoire, nous avons fait le choix de présenter les patients pour lesquels les résultats du suivi art-thérapeutique paraissaient montrer la meilleure évolution, en prenant en compte les

différents éléments en notre possession (grilles d'observation, auto-évaluations de fin de séance et de fin de prise en soin, grille de Rosenberg quand elle était utilisable). Toutefois nous discuterons également de certains des patients non présentés dans les études de cas dans la discussion.

2.1.5. Stratégies thérapeutiques (travail avec les personnels médicaux et paramédicaux) et besoins des patients

Pour définir notre stratégie art-thérapeutique, nous nous sommes basés sur nos lectures, sur ce que nous avons appris dans notre formation et sur nos échanges avec l'équipe médicale et paramédicale. Durant les 2 premières semaines du stage, nous avons été en observation : nous avons ainsi pu assister à plusieurs ateliers menés par des membres de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui nous a permis d'observer à la fois les séances mais aussi de commencer à avoir une première prise de contact avec les patients. Comme expliqué précédemment, nous avons proposé les objectifs thérapeutiques et les grilles à la psychologue, afin de les corriger en fonction de ses commentaires et d'établir notre stratégie art-thérapeutique sur ce qu'elle a validé. Nous avons réfléchi à différentes séances permettant d'atteindre au mieux ces objectifs, en prenant en compte les problématiques des patients et en nous inspirant d'idées de séances (par exemple grâce à nos camarades élèves art-thérapeutes, grâce à nos lectures, au travers de nos cours du DU* ou à partir d'éléments que nous avons expérimentés ou que nous avons eu l'idée de tester par rapport à ces objectifs). Nous faisons aussi valider le contenu des séances à la psychologue en amont et nous prenons en compte ses propositions d'amélioration.

Au sein de l'hôpital de jour, les transmissions étaient faites à l'oral par la personne qui venait de faire l'atelier (médecin, psychologue, référent HDJ*) et qui transmettait verbalement les informations importantes à savoir pour effectuer la séance d'après. De la même façon, après notre séance, nous partageons les transmissions s'il y avait des informations à noter.

Nous participions aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital de jour qui avaient lieu tous les jeudis matin de 9h à 10h.

Il est important de prendre en compte les besoins des patients dans la mise en place de la stratégie thérapeutique. Notamment, leur besoin d'être accompagné, rassuré et de se sentir en sécurité, avec l'art-thérapeute et dans le groupe. Nous avons pris soin de faire de notre mieux pour développer une bonne alliance thérapeutique* avec les patients et de poser le cadre. Nous

rappelions qu'aucune compétence artistique n'était nécessaire et que nous n'interprétions pas leurs créations. Nous leur expliquions que le but de ces séances était d'atteindre des objectifs thérapeutiques (comme améliorer l'estime de soi, exprimer ses émotions autrement, etc.) et que ces séances n'étaient pas du tout des séances d'apprentissage technique de l'art. La bienveillance était rappelée : que ce soit envers les autres, mais également envers soi-même. Nous les accompagnions sur toute la durée de notre stage, y compris sur la fin, en leur donnant en amont de la visibilité sur la fin des séances et en prévoyant une clôture spécifique.

Les patients peuvent également avoir des besoins différents les uns des autres, ou d'une séance à l'autre. Ainsi, le concept d'adaptation était au cœur de notre stratégie thérapeutique, par exemple en accompagnant et rassurant plus les patients qui en avaient besoin, ou en laissant directement plus d'autonomie à d'autres.

Pour créer un cadre sécurisant et rassurer, au-delà de nos mots et de notre attitude non verbale, nous avons essayé de créer des rituels (de démarrage et de fin) et un espace propre aux séances d'art-thérapie (avec la musique par exemple).

2.1.6 Durée de la recherche

Notre stage a duré 140 heures et avait lieu les jeudis sur la journée complète et les vendredis après-midi. Il s'est déroulé du 16 novembre 2023 au 9 février 2024, toutes les semaines à l'exception de la semaine du 22 janvier durant laquelle nous suivions les cours du DU*.

2.1.7 Retombées attendues

Nous espérons que cette étude confirme l'intérêt de l'art-thérapie pour les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool. Nous espérons que cela pourra aider les patients :

- à aller vers un mieux-être, en leur permettant d'améliorer leur estime d'eux-mêmes et d'évoluer sur les objectifs secondaires (détaillés dans les études de cas)
- à dépasser des problématiques personnelles (par exemple la gestion du temps et de la frustration) ou à développer d'autres ressources (avec par exemple la (re)découverte d'une autre source de plaisir que le produit)
- à aller vers de plus en plus d'autonomie, et qu'ils puissent se saisir des outils ou des apprentissages qu'ils souhaitent pour continuer leur cheminement par la suite

Nous espérons également montrer que l'art-thérapie peut s'intégrer dans le projet de soin global, et que l'art-thérapeute peut proposer une complémentarité et travailler de concert avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux.

2.1.8 Organisation des séances

Nos séances de groupe étaient intégrées dans le programme global : elles avaient lieu le jeudi après-midi. Les ateliers proposés à l'HDJ* duraient en général 1h, il avait donc été initialement prévu qu'il en soit de même pour nous. Toutefois, après les premières semaines, nous avons constaté que cette durée était trop courte, notamment avec le temps nécessaire pour prendre possession du matériel d'art plastique. Nous en avons discuté avec l'équipe qui s'est montrée très compréhensive et qui nous a proposé de faire des séances de 1h30.

Suivant ce constat, nous avons également prévu 1h30 pour l'individuel, même si nous nous adaptons au patient, et pour certains les séances duraient un peu moins longtemps. Ces séances avaient lieu sur les créneaux disponibles en termes de salle et de planning patient.

Pour le lieu des séances de groupe, nous utilisons une grande salle dotée d'un point d'eau, et dans laquelle se situe le placard avec le matériel d'art plastique. Pour les séances individuelles, nous utilisons cette même salle lorsqu'elle était disponible, et dans le cas contraire, nous avons utilisé un bureau inoccupé qui bénéficiait d'un point d'eau.

Au cours d'une séance, il y avait différentes étapes :

- En amont de la séance, nous préparons le matériel et la musique, pour susciter l'envie.
- Nous allions ensuite chercher les participants, et quand tout le monde était installé, si des nouveaux patients avaient rejoint le groupe nous présentions les séances d'art-thérapie, nous rappelions le cadre, et nous leur donnions la grille de Rosenberg à compléter.
- Nous commençons toutes les séances par un tour de table pour que chacun partage son émotion ou son humeur du moment, à partir d'un dessin imprimé (« le mur des émotions/d'humeur ») représentant des personnages dans différentes situations et avec des émotions variées.
- Venait ensuite le temps de la réalisation. Lorsque cela était pertinent et possible en termes de temps, il pouvait être composé de différentes étapes afin d'amener les patients à créer progressivement. Nous avons par ailleurs remarqué au fil du stage que dans les

séances de groupe, les patients avaient des rythmes très différents : certains finissaient très tôt tandis qu'il fallait rappeler l'heure à d'autres pour qu'ils finissent dans les temps. Pour nous adapter à cela, nous avons par la suite prévu des consignes supplémentaires facultatives, que nous proposons à ceux qui avaient fini leur création plus tôt.

- En fin de séance, les participants complétaient leur auto-évaluation, puis s'ensuivait un temps d'échange où chacun pouvait partager ce qu'il souhaitait sur ce qu'il avait vécu en séance ou sur sa création.

2.1.9 Evaluation des séances

L'évaluation des séances s'est fait grâce aux grilles détaillées dans la partie 2.1.3, à savoir :

- Nos grilles d'observation pour chaque séance
- Les questionnaires d'auto-évaluation à remplir par les patients à chaque fin de séance
- Lorsqu'elles sont utilisables, les échelles d'estime de soi de Rosenberg, avant la première séance et après la dernière
- Les grilles d'auto-évaluation de fin de prise en soin, complétée par les patients après la dernière séance

Au-delà de ces grilles, nous avons également noté ce que nous observions et qui pouvait apporter des éléments complémentaires.

2.2 Méthodes

Etudes de cas - Nous développerons la 1^{ère} étude de cas, puis nous synthétiserons les 2 études de cas suivantes pour respecter le nombre de pages lié au travail du mémoire.

2.2.1 Madame A

2.2.1.1 Anamnèse

Mme A a 44 ans et est intermittente du spectacle. Elle a connu des événements de vie traumatisants. Elle a connu son premier contact avec l'alcool à 14 ans, directement avec des alcoolisations massives, pouvant aller jusqu'à des comas ou chutes.

Lors de sa demande d'admission au sein de l'hôpital de jour, sa consommation déclarée d'alcool était de 216g par jour. Dans une situation d'échec d'abstinence et de faux-pas* fréquents, son objectif est de passer par une consommation contrôlée* provisoire pour revenir à l'abstinence.

Lors de ses grosses consommations, Mme A recherche l'effet dépressif de l'alcool, mais peut avoir des idées noires et des phobies d'impulsion*, notamment d'actes suicidaires.

Les situations à risque concernant son trouble de l'usage sont la pression professionnelle et le sentiment de solitude. Elle a conscience qu'un perfectionnisme excessif et une anxiété de performance alimentent un schéma anxiogène chez elle. Elle ressent un fort sentiment d'isolement. La relation avec son père est cordiale mais distante, elle est en conflit avec son frère et prend de la distance avec sa mère qui lui reproche son « manque de volonté » face à son trouble de l'usage. Les reviviscences traumatiques présentent également des situations difficiles pour Mme. Elle a une BPCO* mais ne présente pas de pathologie somatique liée à l'alcool. Concernant ses antécédents psychiatriques : elle a fait une dépression et a eu un suivi psychiatrique d'un an, même si elle n'a plus de suivi actuellement.

En termes de loisirs, Mme A aime chanter (qui est un métier passion), faire du yoga, de la randonnée et aller à la piscine ou salle de gym.

Concernant les médicaments (pour tous les patients) : Nous n'avons pas eu accès aux informations concernant de potentiels médicaments. Il n'y a pas de suivi médicamenteux au sein de l'HDJ*, la médecin ne fait pas de prescription et ne gère pas le traitement. De plus, certaines informations relèvent du secret médical. Nous n'avons donc pas eu accès aux informations concernant de potentiels médicaments. Nous avons conscience qu'il peut être intéressant dans un suivi art-thérapeutique d'avoir les informations concernant les médicaments ainsi que les effets secondaires, notamment pour les prendre en compte dans ce que nous pouvons observer. Comme nous n'avons pas ces informations, nous avons gardé en tête qu'il pouvait y avoir de potentiels effets secondaires que nous ne maîtrisons pas.

2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques

Objectif principal	Améliorer l'estime de soi			
Objectifs secondaires	La confiance en soi	La connaissance de soi	Le sentiment d'appartenance	Le sentiment de compétence
Objectifs de séance	- Capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie (S6 et S7) - Sentiment d'optimisme face à l'avenir (S4) - Capacité à tolérer et respecter les délais (S5 et S6)	- Capacité à faire des choix (S1) - Capacité à exprimer ses sentiments et émotions (S2 et S5) - Capacité de percevoir ses qualités et habiletés physiques, intellectuelles, relationnelles, créatrices (S3) - Capacité à exprimer ses goûts, idées, besoins (S4 et S5)	- Capacité de communiquer facilement avec les autres (S1)	- Capacité à faire face à des événements nouveaux (S1) - Capacité de se souvenir de ses réussites passées (S3) - Détente durant les activités d'apprentissage (S6)

2.2.1.3 Séances d'art-thérapie

- **Séance S1 – En groupe – « Masque » – Date : 30/11/2023**

Technique artistique : Art plastique

Contenu de la séance : (seul le temps de réalisation est détaillé, mais les séances comprennent également d'autres temps comme expliqué au paragraphe 2.1.8)

Un masque vierge est donné aux participants. Il était proposé aux patients de choisir ce qu'ils veulent peindre sur le masque parmi les 2 consignes suivantes au choix : « celui que je suis à l'intérieur » ou « celui que je voudrais être ». Les participants peuvent pour cela choisir parmi le matériel disposé sur les tables : peintures gouache et acrylique, colle, paillettes et plumes.

Objectifs de séance (visés avec ce contenu) :

- Capacité à faire des choix : en laissant le choix de la consigne, du matériel, etc.
- Capacité à faire face à des événements nouveaux : par le fait d'expérimenter cette 1^{ère} séance d'art-thérapie avec ce contenu pour la première fois
- Capacité de communiquer facilement avec les autres : par le moment de verbalisation proposé aux patients à la fin de séance

Observation concernant Mme A : Pendant la séance Mme A était concentrée sur sa réalisation. Elle verbalise avec assez d'aisance au groupe sur sa création. Elle a choisi le masque « de qui elle est à l'intérieur » et exprime une sorte de dualité. En sortant, elle nous partage un ressenti positif sur cette 1^{ère} séance. (Création en Annexe E, p. 81)

● **Séance S2 – En groupe – « 6 émotions » – Date : 07/12/2023**

Technique artistique : Art plastique

Contenu de la séance : Une feuille grand format est donnée aux participants avec 6 cases. Les patients sont invités à représenter 6 émotions (tristesse, joie, colère, peur, fierté et apaisement). Nous avons choisi ces 6 émotions, certaines ayant été choisies en lien avec l'estime de soi ou sur l'identification d'émotions principales, et nous les avons faites valider à la psychologue. Les patients pouvaient effectuer leur création avec de la peinture ou des craies grasses et sèches.

Objectif de séance : Capacité à exprimer ses sentiments et émotions : par leur création via la consigne proposée et par le temps de verbalisation s'ils souhaitaient parler de leurs émotions.

Observation : Mme A choisit les craies sèches. Elle est très appliquée et prend beaucoup de temps sur la première émotion. Quand elle met sans le vouloir du noir dans une autre case, elle exprime rapidement de la frustration et finit par s'adapter avec guidance de notre part. A la fin du temps imparti, elle en est à sa 2^{ème} émotion seulement. Elle verbalise être frustrée de ne pas avoir pu finir et qu'elle se concentre trop sur les détails. Elle partage que peu importe le temps qu'elle aurait eu, elle pense qu'elle n'aurait pas fini. Elle prend des notes sur ce que ça lui fait réaliser.

● **Séance S3 – En groupe – « Compétences et réussites » – Date : 15/12/2023**

Techniques artistiques : Ecriture et art plastique

Contenu de la séance : Les participants sont d'abord invités à créer un acrostiche* avec les lettres de leur prénom, en lien avec leurs compétences et qualités. Ils choisissent ensuite une carte Dixit* qui leur fait penser à une de leurs réussites ou compétences, et ils écrivent au moins 4 mots que leur inspire cette carte. Ils écrivent un court texte ou poème avec 2 de ces mots, ou s'ils le préfèrent, ils peuvent faire une création visuelle inspirée par ces mots.

Objectifs de séance :

- Capacité de percevoir ses qualités et habiletés physiques, intellectuelles, relationnelles, créatrices : via la consigne
- Capacité de se souvenir de ses réussites passées : via la consigne

Observation : En entrant, Mme A se met au fond de la salle, alors que lors des 2 premières séances elle s'était mise à l'avant. La patiente et d'autres personnes du groupe arrivent avec de la frustration et de la colère qu'ils expriment au moment du partage de début par rapport à des événements survenus plus tôt dans la journée. Nous avons été prévenus par les transmissions en amont. Pendant la séance Mme A s'ouvre rapidement et fait de l'humour. Elle communique avec aisance avec le groupe pour demander de l'aide pour trouver une qualité et reçoit avec enthousiasme l'aide d'une autre patiente. Elle s'investit et est concentrée. Elle termine de justesse à la fin de la séance. Elle verbalise très positivement et montre sa création au groupe. Elle partage le fait que les séances d'art-thérapie lui ont donné envie de se mettre à la peinture, mais qu'elle aimerait attendre d'avoir un espace dédié pour s'y mettre. En sortant de séance, Mme A nous partage que la séance d'avant l'a fait réfléchir sur les limites, sur la recherche de perfection et sur l'addiction.

- **Séance S4 – En groupe – « La vie future » – Date : 21/12/2023**

Technique artistique : Collage

Contenu de la séance : Les participants sont invités à réaliser un collage sur le thème « La vie future que je souhaite ». Pour cela, nous avons recherché en amont des photos et images sur différentes activités et centres d'intérêts et des images métaphoriques que nous avons fait imprimer. Il y avait aussi des magazines, paillettes, plumes, fils, peinture et craies.

Objectifs de séance :

- Sentiment d'optimisme face à l'avenir : dans le fait de créer en lien avec un futur que les patients souhaitent
- Capacité à exprimer ses goûts, idées, besoins : via le choix des images, des thématiques qu'ils souhaitent représenter, des couleurs, etc.

Observation : Au moment de faire des choix, Mme A hésite. Nous rappelons le délai de fin et elle s'arrête en dernier comme aux autres séances. Au moment de la verbalisation, elle présente au groupe sa création en l'expliquant en détail. (Création en Annexe E, p. 81)

- **Passage des séances en groupe à de l'individuel**

Après un entretien de parcours avec la médecin, Mme A ne suivra plus ces séances de groupe. En accord avec l'équipe pluridisciplinaire, nous proposons à Mme A de continuer 3 séances individuelles. Elle accepte avec enthousiasme, et demande la durée des séances, en précisant que si elle a le choix elle opterait pour la plus grande durée comme elle peut être sujette à

d'éventuelles « frustrations temporelles ». Au vu des précédentes séances et des objectifs thérapeutiques, nous pensons qu'il est important de maintenir le cadre et de lui permettre de travailler sur cela, nous lui indiquons donc le même délai que pour les autres : 1h30.

- **Séance S5 – Individuel – « Dans mon corps » – Date : 18/01/2024**

Technique artistique : Art plastique

Contenu de la séance : La participante est invitée à dessiner le contour de son buste sur une feuille grand format. Elle a le choix de dessiner le contour elle-même ou que nous l'aidions, et de mettre la feuille au sol ou scotchée au mur. Elle peut ensuite choisir entre 2 consignes pour la guider sur ce qu'elle va peindre à l'intérieur : « Celle que je suis à l'intérieur » ou « Celle que je veux être à l'intérieur », avec ses émotions, ressentis, sensations, ou ce qu'elle veut représenter de façon métaphorique.

Objectifs de séance :

- Capacité à exprimer ses sentiments et émotions et capacité à exprimer ses goûts, idées, besoins : à la fois en les représentant sur sa création, mais aussi en les exprimant.
- Capacité à tolérer et respecter les délais : en plus des objectifs que nous prévoyons comme d'habitude, nous proposons au début de la séance à Mme A d'ajouter un objectif spécifique par rapport à ce qu'elle rencontre : le fait de respecter les délais et de finir dans le temps imparti. Elle accepte volontiers et veut travailler sur ce point également.

Observation : Pendant la séance Mme A affirme ses besoins en demandant le matériel et reste concentrée. Cette séance l'amène à réfléchir sur elle : elle nous partage par exemple que quand elle a voulu représenter la cicatrice sur son visage qui fait partie de son histoire, elle ressent que ça ne lui ressemble pas et décide de la « transformer ». A un autre moment, elle veut faire des retouches sur sa création, et finit par faire des taches qu'elle regrette. Elle verbalise qu'à vouloir trop bien faire elle a tout gâché et qu'elle aimerait tout recommencer. Après avoir exprimé sa frustration, elle finit par faire des parallèles avec son passé et ce qu'elle pense devoir travailler aussi en dehors des séances. Elle paraît voir les bénéfices d'avoir rencontré ça en séance pour avancer sur ces sujets et se détache du résultat visuel. Elle prend le temps lors de l'auto-évaluation de fin de séance pour continuer son introspection. A la question « Avez-vous été satisfaite de vous pendant la séance ? », elle hésite entre « 3 - Plutôt satisfaite » et « 4 - Très satisfaite ». Elle choisit de barrer le « très » qui lui paraît démesuré et présomptueux, et de conclure entre les 2 : « Satisfaite ». Bien que nous lui ayons annoncé l'approche de la fin de

séance, elle finit avec une dizaine de minutes de retard, nous revalidons ensemble de refixer l'objectif de respect des délais à la séance suivante.

- **Séance S6 – Individuel – « Encres et Lettre pour après » – Date : 01/02/2024**

Technique artistique : Art plastique et écriture

Contenu de la séance : La séance commence par plusieurs expérimentations guidées avec des encres de différentes couleurs. Certains de ces tests sont couplés avec le travail de la respiration : dans ces cas-là, la patiente bouge le pinceau au rythme de sa respiration. Un espace d'expérimentation plus libre est ensuite proposé.

Par la suite, il est proposé à la patiente de s'écrire un courrier à ouvrir le jour de son départ de l'HDJ*, pour l'accompagner vers sa vie future. Dans ce courrier, elle peut écrire une carte, des mots, une lettre, un poème, ou ce qu'elle souhaite, y compris une création art plastique si désiré. Elle peut y intégrer des éléments avec les encres en lien avec le début de séance. Une alternative de séance était possible si cette proposition était trop engageante pour la patiente, avec une création basée sur le contour de sa main et le travail des encres.

Objectifs de séance :

- Détente durant les activités d'apprentissage : grâce aux expérimentations par les encres, parfois couplées avec des exercices de respiration
- Capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie : avec une création orientée vers le moment où il n'y aura plus l'accompagnement de l'HDJ*, pour se diriger vers encore plus d'autonomie et pour se donner une ressource supplémentaire pour ce moment, via l'ouverture de la création. Nous choisissons d'orienter les 2 dernières séances en ayant bien en tête cet objectif d'autonomie, pour accompagner les patients vers la fin de l'accompagnement art-thérapeutique
- Capacité à tolérer et respecter les délais : comme validé à la séance précédente

Observation : Avant de commencer la séance, Mme A nous dit d'elle-même que ce matin elle a repensé à ne pas dépasser le temps de séance et qu'elle se rend compte que son rapport au temps bouge. Dans cette idée d'autonomisation, nous demandons à Mme A combien de temps elle juge avoir besoin pour finir dans les temps et combien de temps avant la fin elle veut que nous la prévenions. Lors du travail avec les encres, Mme A est consciencieuse pour suivre les consignes. Elle choisit de travailler sur le courrier à la sortie de l'HDJ*. Elle laisse sortir les émotions avec aisance à plusieurs moments et dit ressentir cela comme positif. Lorsqu'elle fait

des traces de stylo non prévues, elle souffle un petit peu, mais verbalise qu'elle veut garder sa création avec ses imperfections. A la fin de séance, Mme A verbalise de façon très positive sur les apports qu'elle ressent des séances. Elle parle du fait qu'elle ressent qu'en acceptant les taches et les erreurs, elle s'accepte elle-même. Lorsqu'elle remplit l'auto-évaluation, elle coche « 4 – Très satisfaite » et n'enlève pas le « très ». Mme A se montre très responsable sur sa gestion du temps lors de cette séance et vérifie le temps restant pour mieux le gérer. Elle finit même avec plus de 5 minutes d'avance pour la 1^{ère} fois. (Créations en Annexe E, p. 81)

● **Séance S7 – Individuel – « Clôture et autonomie » – Date : 08/02/2024**

Technique artistique choisie : Collage

Contenu de la séance : Afin de permettre de faire un lien entre l'accompagnement art-thérapeutique et la suite, en axant sur l'autonomie des patients, pour la dernière séance nous proposons à chaque patient (que ce soit en individuel ou en groupe) : de faire une création sur un cahier à pages blanches, qu'ils pourront ensuite garder pour continuer à créer par eux-mêmes s'ils le souhaitent. Dans l'idée d'autonomie et d'affirmation personnelle, l'idée est de proposer 3 consignes assez différentes au choix, pour que chaque patient puisse se diriger vers de plus en plus de prise de décision, et choisir ce qui correspond à ses besoins :

- Dessiner ou peindre autour d'une image choisie par la patiente pour la prolonger
- Faire un jeu d'écriture, en commençant par un portrait chinois, puis avec au moins 3 des mots créer un petit texte ou poème
- Réaliser un collage sur le thème « Ce qui me fait plaisir ou ce qui m'apaise »

Un temps est prévu en fin de séance pour les questionnaires de fin de prise en soin et pour un partage verbal.

Objectif de séance : Capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie

Observation : Lorsque Mme A arrive pour sa dernière séance, elle procède au contrôle éthylotest comme à chaque fois, toutefois cette fois-ci le résultat est positif, il affiche 0,07. Les règles imposent de ne pas aller dans un atelier en cas de résultat positif. Après échange avec l'équipe, pour que Mme A puisse faire sa dernière séance, il est proposé que nous décalions la séance d'environ 1 heure pour qu'elle soit autorisée à souffler de nouveau et faire la séance si l'éthylotest devient bien négatif. Mme A accepte avec reconnaissance car elle a fait le déplacement spécialement pour la séance d'art-thérapie. Lorsque nous commençons la séance, elle verbalise être un peu en colère contre elle par rapport à son faux-pas* et au fait qu'elle ne

l'ait pas avoué au début. Elle nous parle d'elle-même des délais. Mme A choisit le collage. Elle se montre méthodique et choisit avec assurance. Lorsqu'elle a fini son collage, elle analyse les différences avec le précédent collage qu'elle avait fait : cette fois-ci elle a découpé les images de façon carrée et elle ne doutait pas. Pour la grille de fin de prise en soin comme elle veut prendre du temps de réflexion et que la grille est de 3 pages, pour bien gérer son temps elle demande si elle peut la compléter chez elle et nous la faire parvenir la semaine suivante. Nous acceptons et elle finit ainsi la séance en avance. A la fin de la séance Mme A est dans l'émotion et nous remercie par rapport aux séances d'art-thérapie partagées ensemble.

2.2.2. Monsieur V

2.2.2.1 Anamnèse

M. V a 36 ans. Il a été agent de sécurité et est sans activité depuis 2018.

Sa mère est décédée en 2017. Aujourd'hui, son père représente son entourage proche.

M. V connaît sa première ivresse à l'âge de 12 ans. Il est déscolarisé à l'âge de 13 ans et vit des périodes de délinquance à l'adolescence. M. V souffre d'anxiété et a un suivi au sein d'un CMP* à l'âge de 15 ans. Il consomme de manière solitaire à l'âge de 17 ans. Puis quand il devient agent de sécurité de nuit, il consomme le matin en sortant du travail ou avant de s'y rendre. Il s'est fait licencier à cause d'absences injustifiées à l'âge de 20 ans, avec une hausse des consommations quand il est sans emploi. Il commence un suivi par rapport à son trouble de l'usage de l'alcool à 28 ans. Concernant la consommation d'autres produits : M. V avait consommé de l'héroïne à l'âge de 20 ans, mais après un suivi en CSAPA* il a arrêté et n'a pas rechuté depuis. Il a également commencé à prendre de la benzodiazépine et du cannabis à l'adolescence. Il a connu plusieurs hospitalisations en psychiatrie entre 2020 et 2022 pour dépression associée à une schizophrénie affective. Concernant la Clinique des Epinettes, M. V a d'abord intégré l'hospitalisation complète puis a ensuite continué les séances avec l'HDJ*. Au moment de son entrée, il consommait 1L de vodka par jour. Il a une cirrhose alcoolique découverte en 2023. Il présente un ralentissement psychomoteur, ainsi qu'une aboulie* en cours d'amélioration.

M. V pratiquait auparavant la natation et il aime le cinéma.

Comme précisé précédemment, nous n'avons pas eu accès aux informations concernant de potentiels médicaments (*voir p. 26*)

2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques

Objectif principal	Améliorer l'estime de soi			
Objectifs secondaires	La confiance en soi	La connaissance de soi	Le sentiment d'appartenance	Le sentiment de compétence
Objectifs de séance	- Capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie (S6 et S7) - Sentiment d'optimisme face à l'avenir (S2)	- Capacité à faire des choix (S1) - Capacité à exprimer ses goûts, idées, besoins (S2 et S7) - Capacité de percevoir ses qualités/habilités physiques/intellectuelles/relationnelles/créatrices (S1 et S4)	- Capacité de communiquer facilement avec les autres (S1 et S5) - Capacité de suggérer des idées au groupe (S3)	- Capacité à faire face à des événements nouveaux (S1) - Capacité de se souvenir de ses réussites passées (S1 et S4) - Détente durant les activités d'apprentissage (S5 et S6) - Capacité d'imagination et de créativité (S3) - Capacité de coopération (S5)

2.2.2.3 Séances d'art-thérapie

- **Séance S1 – En groupe – « Compétences et réussites » – Date : 15/12/2023**

Voir le détail de cette séance de groupe p.28

Observation : M. V a été concentré pendant toute la séance. Il paraissait un peu introverti et n'était pas dans l'échange avec les autres patients, mais il était réceptif aux propositions de l'atelier et investi sur ce qu'il faisait. Il finit rapidement ses créations, nous lui proposons donc de faire la partie art plastique en plus de l'écriture, il accepte de bonne volonté. En fin d'atelier, il ne verbalise pas de lui-même, mais partage en dernier quand nous l'y invitons.

- **Séance S2 – En groupe – « La vie future » – Date : 21/12/2023**

Voir le détail de cette séance de groupe p.28

Observation : M. V est réservé mais un peu plus dans l'échange que la semaine d'avant. M. V finit le premier son collage et fait un exercice d'écriture que nous lui proposons pour qu'il continue à créer le temps que les autres terminent. (Création en Annexe F, p. 81)

- **Séance S3 – En groupe – « Un monde imaginaire » – Date : 05/01/2024**

Séance : Art plastique. Lors de cette séance, il est proposé aux participants de créer par groupe de 3 sur une feuille grand format une création art plastique sur le thème « Un monde imaginaire qu'on aimerait explorer ». Ils donnent ensuite un titre à leur création.

Observation : Au début les patients sont sur la réserve et ont besoin de notre guidance pour commencer à échanger et créer. Ils continuent ensuite de façon autonome. M. V était un peu plus dans l'interaction que les semaines précédentes. Il parlait moins que les autres patients, mais était bienveillant et participait avec les 2 autres à la création. M. V a ressenti que cette séance l'avait « relaxé ». (Création de groupe en Annexe G, p. 81)

- **Séance S4 – En groupe – « Lettre à soi pour se remercier » – Date : 11/01/2024**

Séance : Ecriture. Les patients sont invités à d'abord compléter des débuts de phrases (par exemple « Une fois quelqu'un m'a remercié car... »). Les patients s'écrivent ensuite une lettre pour se remercier de toutes les choses qu'ils ont bien faites, de leurs réussites et efforts passés, et de tout ce dont ils peuvent se remercier. Une création art plastique est proposée en facultatif en plus pour ceux qui finissent avant les autres.

Observation : Au moment de la verbalisation, M. V ne prend pas la parole de lui-même mais affirme son ressenti avec assurance quand nous lui proposons de le faire. Il dit qu'il préfère l'écriture comme médium artistique car il trouve que cela lui permet d'aller plus loin.

- **Séance S5 – En groupe – « Plaisir, détente et jeu » – Date : 18/01/2024**

Séance : Art plastique. Cette séance est présentée comme un jeu coopératif entre les participants. Ils doivent réaliser la consigne annoncée sans bouger de leur place. S'ils ont besoin d'utiliser une couleur ou du matériel qui n'est pas à proximité d'eux, ils doivent donc demander aux autres. Pour passer à la consigne suivante, il faut que tous les participants aient réalisé la création demandée. Les consignes sont créées pour être progressives et commencer par des choses simples. Les participants doivent par exemple : « dessiner un rond rouge avec la main gauche », « peindre un carré bleu avec un œil fermé », « faire la forme que son voisin de gauche choisit, avec la couleur que son voisin de droite indique », etc. A la fin, les patients sont invités à faire une création finale, avec la possibilité d'y coller ce qu'ils ont fait en début de séance.

Observation : Avant la séance, en transmission la psychologue nous dit qu'il y a eu des tensions entre certains patients à la fin de la séance d'avant (notamment entre M. J et d'autres participants). Pendant la séance d'art-thérapie les patients sont entrés dans une dynamique de

jeu et d'entraide. M. V est resté assez solitaire comme à son habitude, mais donnait le matériel aux autres participants quand ils le demandaient. M. V a paru à 2 moments rencontrer des difficultés à comprendre la consigne, mais il a réussi à l'effectuer correctement lorsque nous lui avons réexpliqué, il s'est montré persévérant. Cette fois-ci, M. V a pris la parole rapidement en fin de séance pour partager son ressenti. (Création en Annexe F, p. 81)

- **Séance S6 – En groupe – « Encres et Lettre pour après » – Date : 01/02/2024**

Voir le détail de cette séance p.30 (contenu similaire à la séance individuelle de Mme A)

Observation : M. V choisit de s'écrire une lettre. Il est très concentré et est même le dernier à finir sa création. Il arrête quand nous annonçons que la séance est finie. A la fin de la séance, M. V prend la parole en disant qu'il aime les séances d'art-thérapie et qu'il ressent que des choses sortent grâce à l'écriture. (Création en Annexe F, p. 81)

- **Séance S7 – En groupe – « Clôture et autonomie » – Date : 08/02/2024**

Voir le détail de cette séance p.31 (contenu similaire à la séance individuelle de Mme A)

Observation : M. V choisit l'écriture. Comme nous avons remarqué que notre questionnaire de fin de séance était long, nous avons indiqué aux patients qu'ils pouvaient répondre uniquement aux questions qui leur paraissaient pertinentes. Au moment du partage final, M. V a peu verbalisé à l'oral et paraissait somnolent lorsque les autres participants parlaient, toutefois il s'est montré très impliqué pendant sa création et dans ses retours à l'écrit.

2.2.3 Monsieur J

2.2.3.1 Anamnèse

M. J a 68 ans et est de nationalité portugaise. Il est retraité et était auparavant responsable achat. Il vit en concubinage et a un fils âgé de 23 ans et une fille de 32 ans.

Son usage à risque de l'alcool commence vers 28 ans, quand il consomme par habitude le midi avec ses collègues et le soir avec sa compagne. Ses consommations augmentent pendant plus de 20 ans. Il augmente fortement ses consommations jusqu'à devenir dépendant après avoir arrêté de travailler à l'âge de 60 ans et suite à l'annonce d'une leucémie de sa compagne. Il est hospitalisé car ses proches lui demandent d'être pris en soin. Il a connu un épisode dépressif sévère. M. J a d'abord été suivi à l'hôpital à temps complet puis a intégré le programme de l'HDJ*. A son arrivée, sa consommation d'alcool déclarée était de 50g/jour. Il fumait également

du tabac, à hauteur de 20 cigarettes par jour. M. J présente des difficultés attentionnelles et exécutives, avec des logorrhées*. Il présente un syndrome cérébelleux* secondaire à l'alcool.

M. J est passionné par la natation, la plongée en apnée et le jardinage.

Nous n'avons pas eu accès aux informations concernant de potentiels médicaments (voir p. 26)

2.2.3.2 Objectifs thérapeutiques

Objectif principal	Améliorer l'estime de soi			
Objectifs secondaires	La confiance en soi	La connaissance de soi	Le sentiment d'appartenance	Le sentiment de compétence
Objectifs de séance	- Capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie (S6 et S7)	- Capacité à faire des choix (S1) - Capacité à exprimer ses goûts, idées, besoins (S7) - Capacité à exprimer ses sentiments et émotions (S2) - Capacité de percevoir ses qualités/habiletés physiques/intellectuelles/relationnelles/créatrices (S3 et S4)	- Capacité de communiquer facilement avec les autres (S1 et S5)	- Capacité à faire face à des événements nouveaux (S1) - Capacité de se souvenir de ses réussites passées (S3 et S4) - Détente durant les activités d'apprentissage (S5 et S6) - Capacité de coopération (S5)

2.2.3.3 Séances d'art-thérapie

- **Séance S1 – En groupe – « Masque » – Date : 30/11/2023**

Voir le détail de cette séance de groupe p.26-27

Observation : M. J a choisi de créer le masque de « qui il veut être ». Il explique qu'il a voulu représenter celui qu'il veut redevenir. Il était très investi pendant la séance. Il a été très enthousiaste dès la fin de cette 1^{ère} séance. Il partage le fait que cela lui a permis de se concentrer sur autre chose que son addiction et que ça lui donne envie de peut-être se mettre à la peinture. (Création en Annexe H, p. 81)

- **Séance S2 – En groupe – « 6 émotions » – Date : 07/12/2023**

Voir le détail de cette séance de groupe p.27

Observation : M. J commence la séance en expliquant qu'il est fatigué car on lui a donné un valium. A la fin, il partage qu'il est réveillé et qu'il était tellement concentré qu'il n'avait pas prêté attention à la musique avant que quelqu'un d'autre en parle.

- **Séance S3 – En groupe – « Compétences et réussites » – Date : 15/12/2023**

Voir le détail de cette séance de groupe p.28

Observation : Lors de cette séance, M. J est de bonne humeur dès le début de séance. Il finit dans les derniers avec Mme A. Au moment de la verbalisation finale, il lit de lui-même un extrait de son texte et montre sa création en art plastique au groupe en l'expliquant. Il repart enthousiaste.

- **Séance S4 – En groupe – « Lettre à soi pour se remercier » – Date : 11/01/2024**

Voir le détail de cette séance de groupe p.34

Observation : M. J paraît avoir de l'émotion à un moment de la séance lors de l'écriture. Il rit à un moment avec un autre patient. Il finit sa lettre plus tôt et fait donc une création en art plastique.

- **Séance S5 – En groupe – « Plaisir, détente et jeu » – Date : 18/01/2024**

Voir le détail de cette séance de groupe p.35

Observation : Avant la séance, nous avons été prévenus en transmission orale que M. J avait eu des différends avec d'autres patients à la séance d'avant. La séance se déroule cependant très bien et les participants se taquinent avec bienveillance. M. J rit à plusieurs moments.

- **Séance S6 – En groupe – « Encres et Lettre pour après » – Date : 01/02/2024**

Voir le détail de cette séance p.30 (contenu similaire à la séance individuelle de Mme A)

Observation : M. J choisit de faire la création avec le contour de sa main, en y ajoutant des mots. A la fin de séance, il montre sa création au groupe et explique les liens qu'il fait avec des souvenirs. (Création en Annexe H, p. 81)

- **Séance S7 – En groupe – « Clôture et autonomie » – Date : 08/02/2024**

Voir le détail de cette séance p.31 (contenu similaire à la séance individuelle de Mme A)

Observation : M. J est le seul au début de la séance à choisir de faire le prolongement d'une image. Il ose prendre des initiatives, en mettant plusieurs images qu'il prolonge et de l'écriture sur sa création. (Création en Annexe H, p. 81)

PARTIE 3 RESULTATS

Les graphiques et résultats de chaque étude de cas sont commentés dans la partie « Bilan ». Pour les grilles d'observation, la cotation est construite de façon à ce que « 1 » corresponde aux cas où le patient a le plus de difficultés, et « 4 » aux cas où le patient présente le plus d'aisance sur ce thème. Pour plus de détails, voir en annexe C (p. 74) la grille d'observation complète. Certains items se sont révélés plus difficiles à observer ou moins pertinents, ce sont donc les items pertinents qui ont été conservés dans cette étude des résultats.

3.1 Madame A

3.1.1 Echelles scientifiques, items scientifiques personnalisés, grilles d'observation

Figure 1 : Confiance en soi (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - Mme A

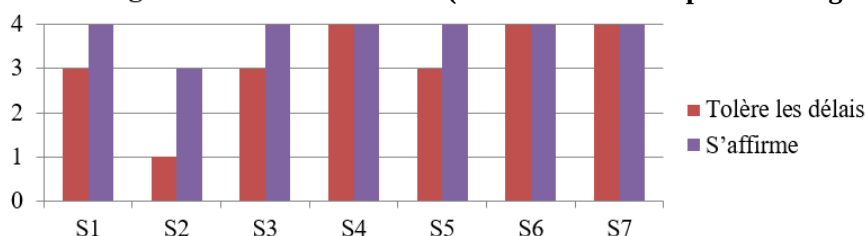


Figure 2 : Sentiment de compétence (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - Mme A

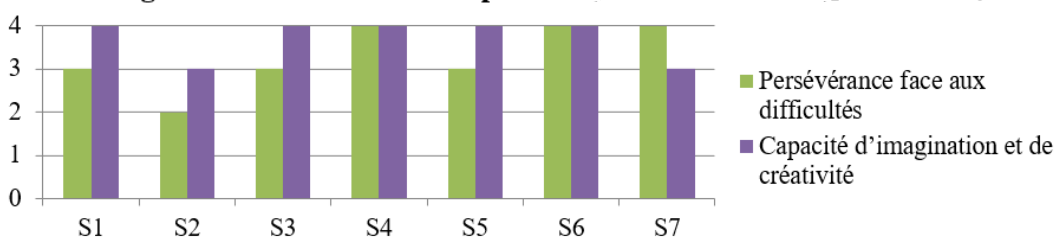


Figure 3 : Connaissance de soi (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - Mme A

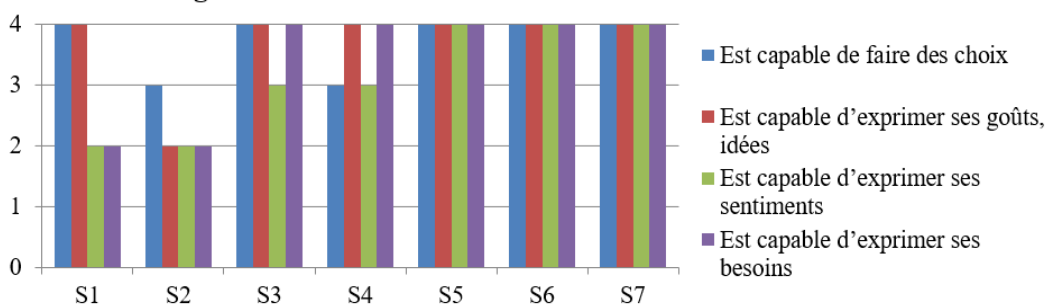


Figure 4 : Sentiment d'appartenance (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - Mme A

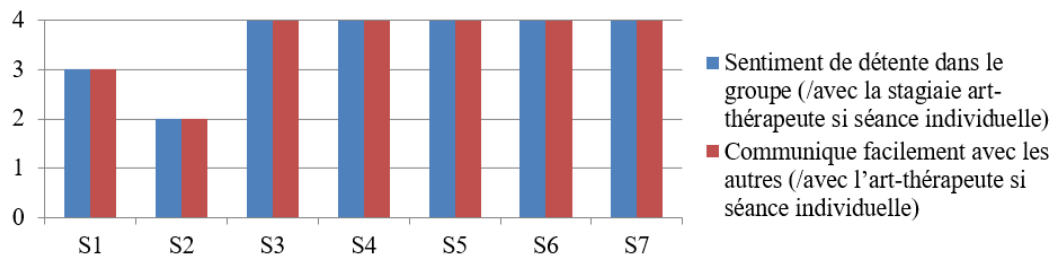


Figure 5 : Items reformulés à partir de la grille de Rosenberg - Mme A

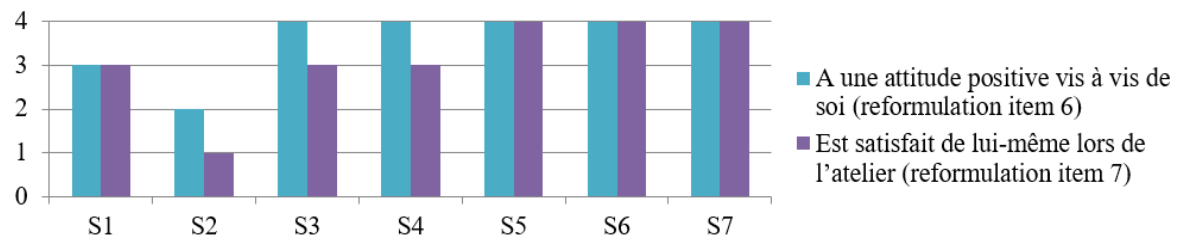
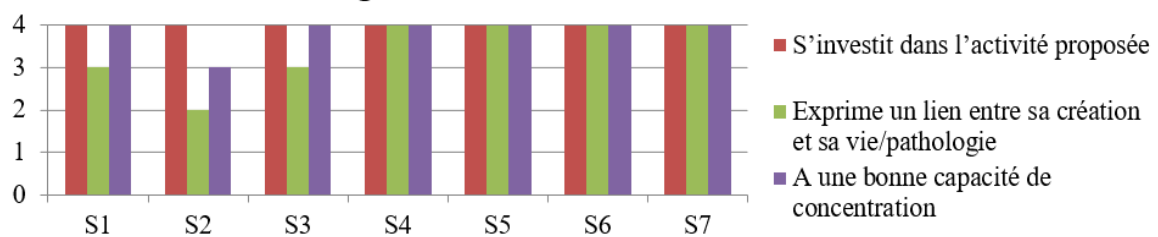


Figure 6 : Autres items créés - Mme A

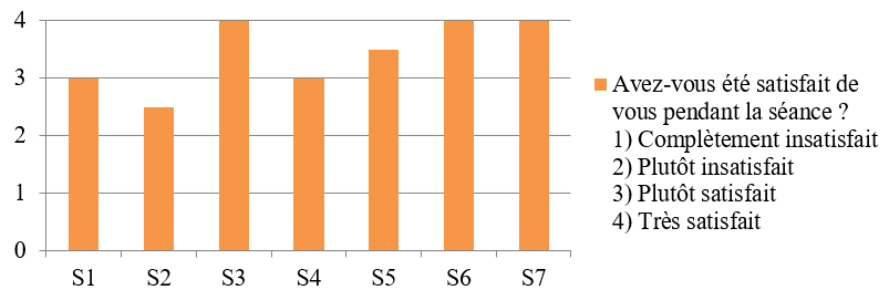


Information Grille de Rosenberg avant et après prise en soin : Pour rappel, le but de faire passer la grille de Rosenberg était uniquement d'observer une éventuelle évolution et non de faire un diagnostic. Lors de la première séance, pour 2 questions, Mme A a coché deux réponses au lieu d'une. Nous décidons donc de ne pas nous baser sur ces questionnaires pour son évaluation et de nous concentrer sur les autres grilles (d'observation et auto-évaluations). A titre d'information toutefois, si nous faisons la moyenne le score moyen d'évolution était de +1.

3.1.2 Auto-évaluation

3.1.2.1 Auto-évaluation de fin de séance

Figure 7 : Autoévaluation - Mme A



Qu'est-ce que cette séance vous a apporté ?	Qu'est-ce que cette séance vous a appris sur vous ?
- S1 : « Du calme et du recentrage. Du plaisir et de l'amusement » - S2 : « De la frustration » - S3 : « De l'apaisement. De l'amusement. De la curiosité. Et beaucoup de plaisir » - S4 : « Du plaisir. De la concentration apaisée » - S5 : « Du calme et de la concentration. De la joie. De la paix » - S6 : « Beaucoup d'émotions et de résilience. De la reconnaissance. De la libération... » - S7 : « De la sérénité et de la confiance en moi »	- S1 : « Que je me connais très bien [...] » - S2 : « [...] Mon besoin de précision voire de perfection. La difficulté que j'ai à m'arrêter, à mettre des limites, à dire stop, à accepter que rien n'est infini » - S3 : « Elle m'a [...] assuré sur la connaissance que j'ai de moi » - S4 : « Elle m'a rappelé la multiplicité de mes centres d'intérêt, de mes projets, de mes rêves [...]. Elle m'a rappelé également ma tendance au « trop » ! » - S5 : « Que je devrais accepter ce que je suis [...]. Je me mets tellement de LIMITES à être ce que je suis que je ne m'en mets aucune pour me détruire ! » - S6 : « Que j'étais prête à accepter les accidents de la vie comme des cadeaux [...] Que la beauté vient des taches, des ratures, des cicatrices comme des erreurs ; si on sait les lire, les regarder avec des yeux remplis de bienveillance, de simplicité et non en attente de perfection » - S7 : « J'ai appris que je « devais » arrêter de douter de moi car ça me fait perdre du temps et de l'énergie. Ne pas me faire confiance me fait perdre de la vie ! »

3.1.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en soin

Extraits issus de l'auto-évaluation de fin de prise en soin
- « J'ai trouvé ces séances très constructives, libératrices et paisibles » - « Accepter davantage mes imperfections et les laisser voir [...] Modifier un peu mon rapport au temps »

- « J'ai appris à accepter davantage les taches et les erreurs, à les accueillir comme vecteur de transformation voire de création et non plus comme raison d'abandon voire d'anéantissement ».
- « L'identification et l'expression de mes émotions me sont assez faciles, en règle générale. »
- « La créativité et l'imaginaire sont des domaines qui me sont assez familiers. Toutefois ces séances m'ont donné l'envie de me livrer davantage à la « création spontanée » sans recherche absolue de résultat »
- Dans quelle mesure avez-vous l'impression que ces séances vous ont aidé dans la coopération/la communication avec les autres ? « Je ne pense pas avoir de difficultés dans ces domaines. »
- Les séances « m'ont aidé à me rappeler de mes capacités et de mes valeurs, et de me satisfaire de celles-ci, à savoir que bien que je puisse les améliorer et les approfondir, il est juste de le faire en me posant des limites [...] qu'il faille mettre des points, des STOP dans chaque expérience (créatives ou non) »
- « Elles m'ont permis de me rendre compte qu'à trop vouloir effacer une tache, qu'à trop vouloir oublier une erreur, au lieu de l'accueillir ou de la sublimer, on finit par gâcher la démarche entreprise, la création (etc.), on l'annule voire on la détruit. Ces deux problématiques de « limites » et de « taches » rencontrées dans les séances d'art-thérapie résonnent dans ma vie de tous les jours et notamment dans ma consommation d'alcool ».
- « Ces séances m'ont fortement donné l'envie de continuer de pratiquer l'art-plastique notamment pour certains projets professionnels. » « En parallèle, [...] je souhaiterais me laisser deux heures par semaine pour dessiner de manière spontanée ».

3.1.3 Bilan

Nous avons pu observer des évolutions au fil des séances chez Madame A, comme le soulignent les graphiques et ses auto-évaluations. Sur le thème de la confiance en soi, Mme A avait des difficultés avec les délais en début de prise en soin. Aux séances 6 et 7, elle réussit à parfaitement respecter les délais, en se montrant elle-même responsable dans la gestion de son temps.

Sur le thème du sentiment de compétence, Mme A a montré une grande progression concernant la gestion des difficultés et des imprévus, notamment sur son rapport aux taches ou aux imperfections, qui paraissaient générer beaucoup de frustration en début de prise en soin et qu'elle accepte beaucoup mieux à la fin.

Sur le thème de la connaissance de soi, Mme A a pu au fil de l'accompagnement exprimer de plus en plus ses besoins, idées et choix. Elle paraît avoir développé de nouvelles idées.

Sur le thème du sentiment d'appartenance, avec par exemple la communication, Mme A ne paraissait pas avoir de grandes difficultés. Mme A partageait avoir des facilités sur certains

items en amont, comme la communication avec les autres et l'expression de ses émotions. Les séances ont tout de même pu lui offrir un espace pour continuer à explorer ces domaines autrement.

Mme A fait des parallèles entre les apprentissages de séance et ses problématiques générales, ce qui laisse espérer une bonne capacité à réinvestir les compétences et connaissances développées dans les séances d'art-thérapie dans sa vie. L'évolution de l'estime de soi et des différentes composantes paraît positive entre le début et la fin de prise en soin.

3.2 Monsieur V

3.2.1 Echelles scientifiques, items scientifiques personnalisés, grilles d'observation

Figure 8 : Confiance en soi (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. V

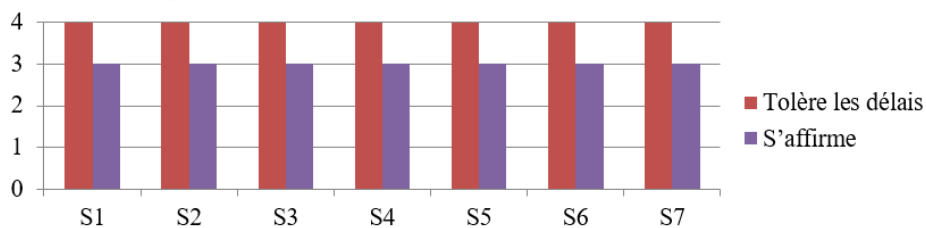


Figure 9 : Sentiment de compétence (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. V

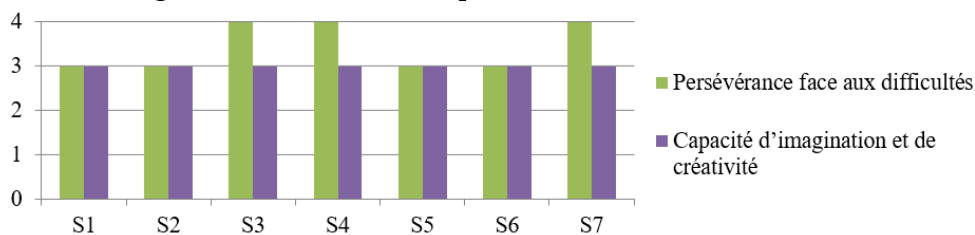


Figure 10 : Connaissance de soi (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. V

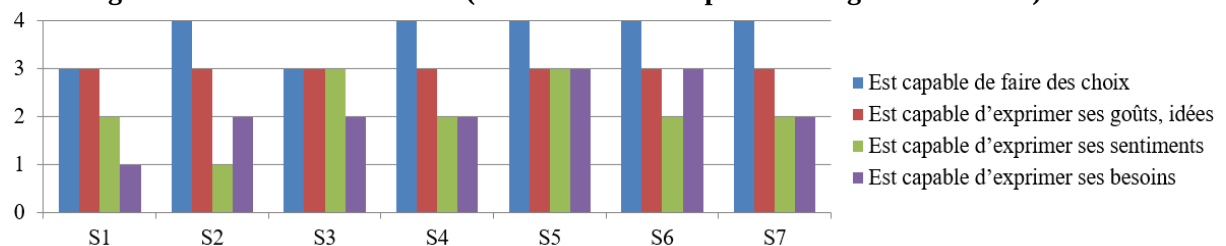


Figure 11 : Sentiment d'appartenance (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. V

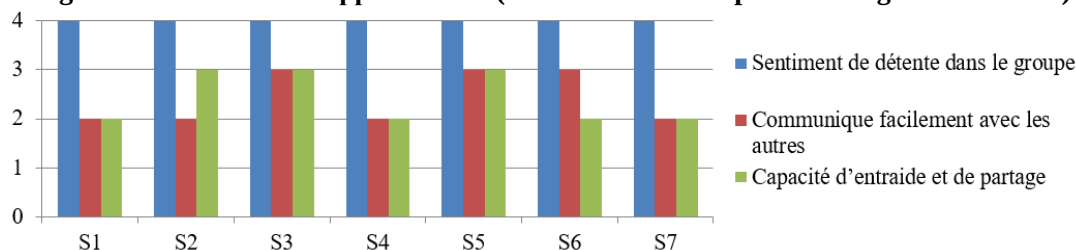


Figure 12 : Items reformulés à partir de la grille de Rosenberg - M. V

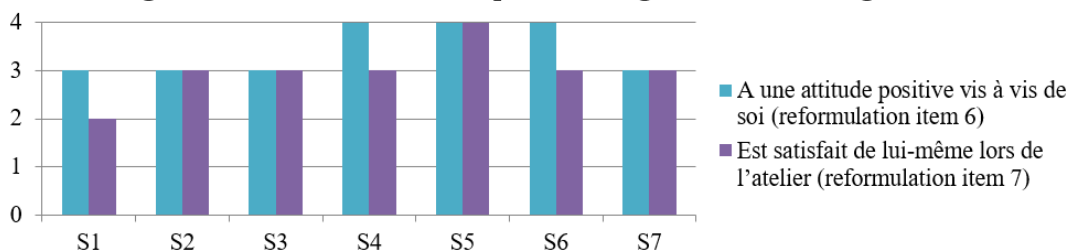
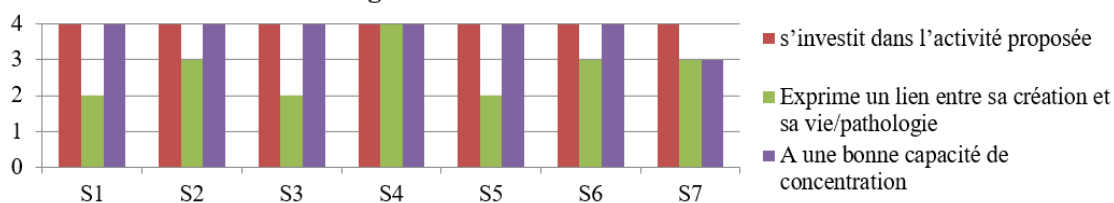


Figure 13 : Autres items créés - M. V

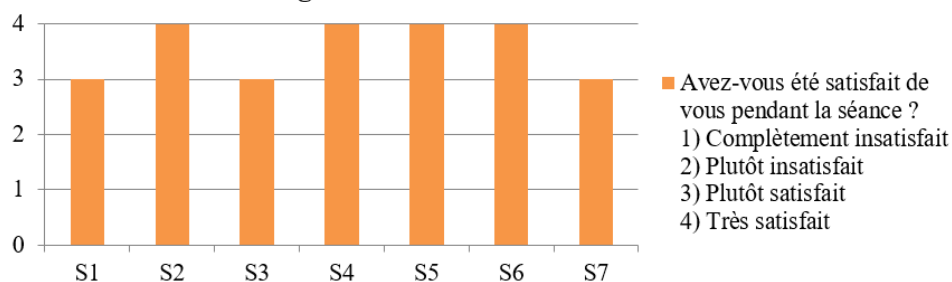


Information Grille de Rosenberg avant et après prise en soin : L'évolution entre le score avant la première séance et après la dernière séance pour Monsieur V est de +4.

3.2.2 Auto-évaluation

3.2.2.1 Auto-évaluation de fin de séance

Figure 14 : Autoévaluation - M. V



Qu'est-ce que cette séance vous a apporté ?	Qu'est-ce que cette séance vous a appris sur vous ?
- S1 : « Cette séance m'a rappelé des souvenirs et m'a apaisé »	- S1 : « Que j'ai énormément perdu sur mon savoir-faire de dessin »

- S2 : « [...] cette séance fût agréable et m'inspira pour écrire un petit texte » - S3 : « Cette séance m'a relaxé après celle d'avant qui traitait de sujets plus sévères » - S4 : « [...] un peu de méditation et m'a permis de me remémorer quelques souvenirs importants » - S5 : « De l'amusement, c'était agréable [...] » - S6 : « De la concentration, de la réflexion [...] » - S7 : « Du calme, de la concentration et de la réflexion »	- S2 : « Qu'il me reste encore quelques notions à l'écrit lorsque je suis inspiré » - S3 : « Rien de particulier par rapport aux autres, à savoir relaxation » - S4 : « Rien de particulier si ce n'est me remémorer que rien n'est acquis à jamais [...] et ne pas l'oublier. Je préfère l'écriture aux dessins [...] » - S5 : « Le dessin dans la dérision » - S6 : « Que je dois rester concentré et continuer dans la direction que j'ai prise en 2024 » - S7 : « Que j'aime beaucoup les exercices d'écriture en art thérapie [...] »
--	---

3.2.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en soin

Extraits issus de l'auto-évaluation de fin de prise en soin
- « C'était plutôt un travail personnel, je n'ai pas vraiment senti de connexion avec les autres car j'étais plutôt dans ma bulle » - « Coupure des ruminations par l'absorption à ce que j'y ai fait » - « [...] je cherche à m'occuper l'esprit dans certains moments et les exercices d'art-thérapie peuvent y contribuer »

Voir la grille complète de fin de prise en soin de M. V en annexe D (p. 78) pour exemple

3.2.3 Bilan

Les résultats mis en avant par les graphiques, la grille de Rosenberg et les auto-évaluations de M. V nous permettent d'observer les évolutions suivantes : Sur le thème de la confiance en soi, M. V paraît assez constant, mais nous avons tout de même pu observer quelques progressions : il a paru s'affirmer de plus en plus en prenant la parole plus facilement en fin de séance.

Sur le thème du sentiment de compétence, M. V a réussi à dépasser les difficultés rencontrées sur certaines séances et à faire de plus en plus confiance en ses capacités. A la 1^{ère} séance il verbalisait avoir beaucoup perdu dans ses capacités par rapport au dessin, toutefois il s'est impliqué dans toutes les activités et a su reconnaître ses compétences, notamment via l'écriture. Sur le thème de la connaissance de soi, M. V a été capable de faire des choix, et d'exprimer ses idées, ses besoins, ses ressentis et émotions. Lors des dernières séances, nous avons pu remarquer que ses choix et verbalisations étaient plus affirmés.

Sur le thème du sentiment d'appartenance, M. V était très introverti et silencieux dès le début de la prise en soin, avec peu d'interactions dans le groupe. Lors des séances orientées sur des créations de groupe ou de coopération, M. V a su s'adapter pour participer, même s'il restait plus silencieux que la plupart des patients. A la dernière séance, il n'a pas beaucoup échangé avec les autres, même s'il paraissait à l'aise. Son commentaire à ce sujet dans son auto-évaluation paraît montrer qu'il n'était pas à la recherche de connexion avec les autres, et que pour lui l'enjeu était plutôt sur un travail personnel.

Pour les bénéfices de l'art-thérapie pour le futur, M. V paraît noter que les séances lui ont apporté, avec entre autres la coupure des ruminations. Il évoque aussi le fait que cela l'a conforté dans l'envie de continuer en dessin et écriture. L'évolution de l'estime de soi apparaît être positive entre le début et la fin de prise en soin, ce qui est conforté par la grille de Rosenberg.

3.3 Monsieur J

3.3.1 Echelles scientifiques, items scientifiques personnalisés, grilles d'observation

Figure 15 : Confiance en soi (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. J

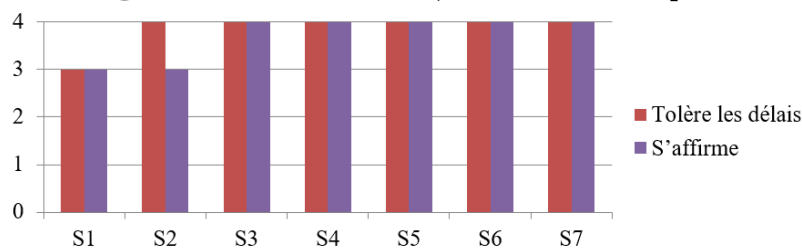


Figure 16 : Sentiment de compétence (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. J

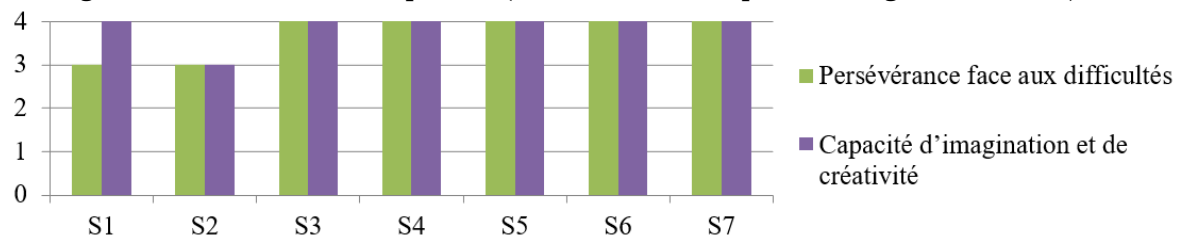


Figure 17 : Connaissance de soi (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. J

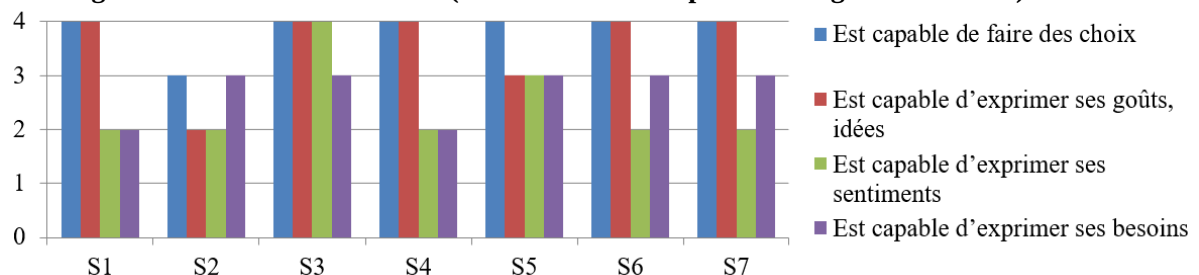


Figure 18 : Sentiment d'appartenance (items reformulés à partir de la grille de Duclos) - M. J

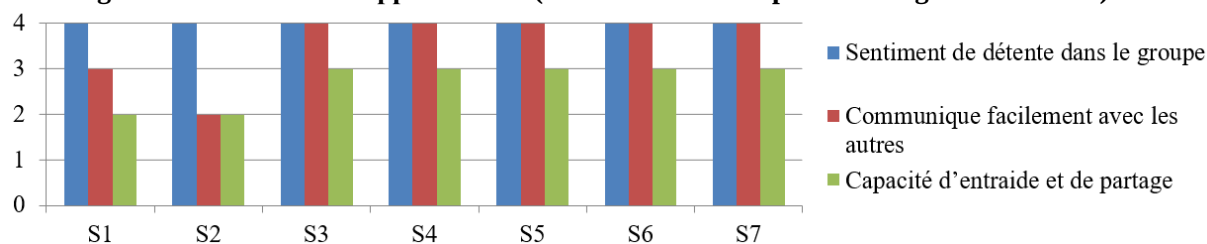


Figure 19 : Items reformulés à partir de la grille de Rosenberg - M. J

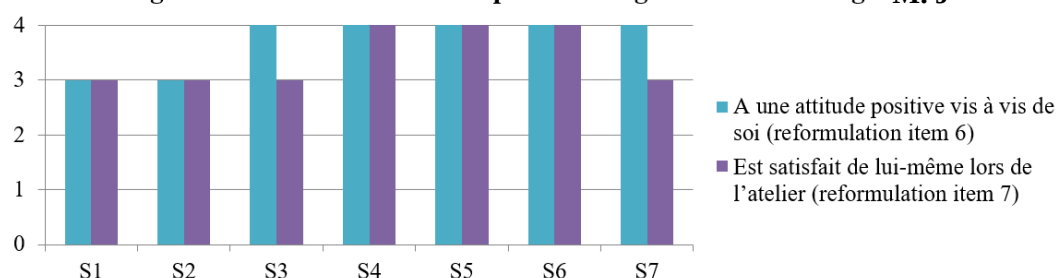
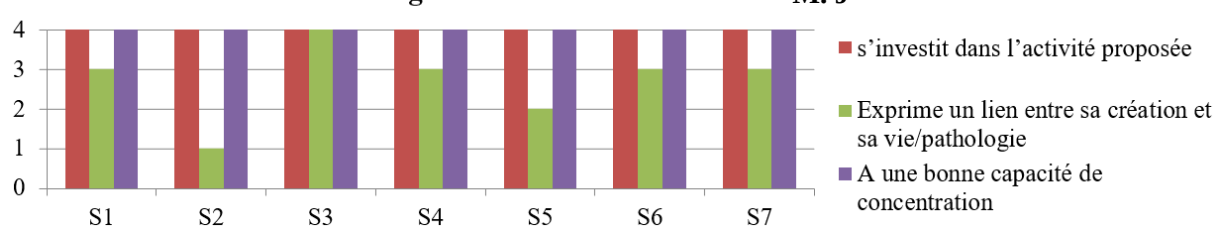


Figure 20 : Autres items créés - M. J

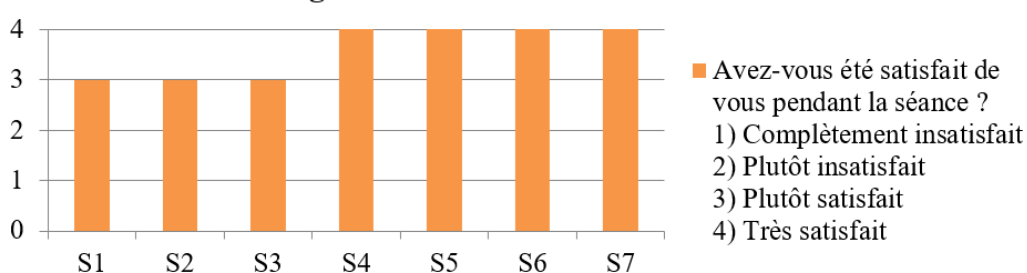


Information Grille de Rosenberg avant et après prise en soin : M. J a oublié de répondre à une question à chaque fois. Nous décidons donc de ne pas nous baser sur ces questionnaires pour son évaluation et de nous concentrer sur les autres grilles. A titre d'information toutefois, si nous faisons le différentiel du score obtenu entre le début de prise en soin et la fin de prise en soin en enlevant les 2 questions concernées par les oublis, le score aurait été de +7.

3.3.2 Auto-évaluation

3.3.2.1 Auto-évaluation de fin de séance

Figure 21 : Autoévaluation - M. J



Qu'est-ce que cette séance vous a apporté ?	Qu'est-ce que cette séance vous a appris sur vous ?
- S1 : « Sérénité physique et mentale. Concentration sur mon œuvre. Apaisement » - S2 : « Réflexion sur moi-même. Pensées. Interrogations » - S3 : « Envol, sérénité » - S4 : « Calme et sérénité » - S5 : « Amusement dans la sérénité et bonne humeur » - S6 : « Retour sur le passé...proche ! En toute sérénité et agréable musique » - S7 : « Comme toujours, 1 heure d'évasion, de concentration et de paix »	- S1 : « Capacité de se concentrer sur autre chose que mon addiction. Que l'art peut être un refuge » - S2 : « Que cet atelier est à s'approprier car permet beaucoup de réflexions » - S3 : « Concentration, application, sagesse » - S4 : « Que j'étais bien dans cet atelier et groupe et que j'AVANÇAIS ! » - S5 : « Que j'étais sale... j'en ai plein les mains [...] » - S6 : « Que la simplicité a du bon et calme l'esprit » - S7 : « Le réveil de la concentration que je pensais avoir perdue »

3.3.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en soin

Extraits issus de l'auto-évaluation de fin de prise en soin
- Qu'avez-vous pensé des séances d'art-thérapie ? « Une découverte : la paix intérieure » - Avez-vous pris du plaisir pendant les séances ? « Un plaisir immense » - « Réveil de ma concentration que j'avais quelque part oubliée » - « Cela m'a donné envie de me livrer à ce type d'exercice et d'en faire régulièrement » - « Reprise de confiance en moi »

3.3.3 Bilan

Les résultats mis en avant par les graphiques et les auto-évaluations de M. J permettent d'observer les évolutions suivantes :

Sur le thème de la confiance en soi, M. J écrit lui-même dans son auto-évaluation « reprise de confiance en moi ». La gestion des délais a été meilleure au fil de la prise en soin.

Sur le thème du sentiment de compétence, M. J a montré de l'imagination et de la créativité dès le début de la prise en soin, et a su faire face aux difficultés rencontrées avec encore plus d'aisance à partir de la 3^{ème} séance.

Sur le thème de la connaissance de soi, M. J n'a pas beaucoup exprimé ses sentiments. Toutefois, il a été capable de faire ses choix et d'exprimer avec aisance ses idées.

Sur le thème du sentiment d'appartenance, M. J paraissait avoir des aisances à communiquer avec les autres assez rapidement. Il a pu partager et passer des moments positifs avec le reste du groupe, même lorsque le contexte avant séance était plus compliqué.

M. J note des bénéfices aux séances d'art-thérapie, notamment le fait que cela l'aide sur sa capacité de concentration et que cela lui apporte du plaisir. Il a partagé lors de plusieurs séances que cela lui donnait envie de se mettre à la peinture en dehors. Cela paraît encourageant pour que M. J tire des bénéfices des séances après la prise en soin. L'évolution de l'estime de soi et de ses composantes paraît présenter des évolutions positives, confirmées par ce qu'écrit le patient dans son auto-évaluation.

PARTIE 4 DISCUSSION

4.1 Apport et bénéfices de l'étude

- **Validation de notre hypothèse de départ**

Dans notre hypothèse de départ, nous voulions étudier en quoi l'art-thérapie par les arts plastiques et l'écriture, permet d'aider les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool à améliorer leur estime de soi pour aller vers un mieux-être et une meilleure qualité de vie. Notre étude présente plusieurs éléments positifs nous permettant d'évaluer que les séances d'art-thérapie ont pu apporter des améliorations et bénéfices pour les patients.

- **Autres retombées**

L'estime de soi est importante à travailler puisque cela permet d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi parce que cela est nécessaire de la travailler pour sortir du comportement addictif et parce qu'une bonne estime de soi constitue un facteur de protection contre la dépendance (Dikann Alain, 2021).

En effectuant nos recherches, nous avons noté que l'estime de soi est source de problèmes quand elle est trop faible, ce qui est le cas le plus fréquent, mais également quand elle est trop forte. En effet, une estime de soi trop haute peut entraîner de l'anxiété, une recherche de perfection, du contrôle et des conduites à risque, comme les conduites addictives. « Selon Rosenberg, une bonne estime de soi est un indicateur d'acceptation de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi ; elle exclut les sentiments de supériorité et de perfection. » (Dikann Alain, 2021). Nous insistons dans le cadre art-thérapeutique pour que les patients ne visent pas l'esthétique et qu'ils soient dans l'acceptation de ce qu'ils créent et non

dans la recherche de perfection. Nous avons pu observer des résultats encourageants, avec par exemple les changements de réaction de Mme A lorsqu'il y avait des éléments qu'elle jugeait imparfaits.

Les séances ont également pu permettre de développer des sources de plaisir autres que le produit, comme le montrent les verbalisations des patients, que ce soit sur le plaisir ressenti pendant les séances ou sur l'envie de continuer des activités artistiques. Ce point paraît important dans le TUA* : « la prévention des rechutes ne peut s'envisager sans agir sur le mode de vie par la mise en place d'autres sources de satisfaction » (Lançon Christophe, 2013, p. 72). Trouver de nouvelles sources de plaisir est un enjeu important dans l'accompagnement de ces patients.

Nous voulions également que les patients gagnent en autonomie au fil des séances et qu'ils puissent se saisir d'outils pour la suite. Certains patients paraissaient gagner de plus en plus en autonomie : par des choix affirmés de ce qu'ils voulaient créer en dernière séance, par le fait qu'ils se responsabilisent sur le fait de changer (comme Mme A lorsqu'elle verbalise par elle-même qu'il faut qu'elle finisse dans les délais et gère son temps de manière autonome). Toutefois, comme Laura Lacour nous notons que certains patients montrent leur déception concernant la fin des séances malgré le fait que nous les ayons préparés à la fin de la prise en soin (Lacour Laura, 2016).

Nous pensons que ce stage a également pu confirmer que l'art-thérapie peut s'intégrer dans le projet de soin pluridisciplinaire en proposant des séances qui sont complémentaires de ce qui est proposé par les autres professionnels. En tant que stagiaire art-thérapeute, nous avons été extrêmement bien accueillis par l'équipe. Nous avons été intégrés dans le projet de soin et dans les réunions. Nous avons même été très agréablement surpris de la place qui nous a été proposée : en nous considérant comme une professionnelle, même si nous étions en stage, et en nous faisant confiance sur nos propositions et pour mener nos ateliers après le temps d'observation initial. Pour que nos séances respectent le projet de l'équipe pluridisciplinaire, nous faisons bien sûr toujours valider nos idées à la psychologue et nous échangeons régulièrement avec le référent de l'HDJ* et la médecin. Nous espérons ainsi avoir pu montrer le sérieux de l'art-thérapie et la complémentarité que cela peut permettre.

- **Comparaison avec d'autres études**

Pour notre étude, nous avons étudié les mémoires d'Angélique Tornay, d'Amélie Raguénès et de Laura Lacour. Comme elles 3, nous notons des améliorations à la fin de la prise en soin. En effet, comme Laura Lacour, nos observations « vont dans le sens d'une amélioration de l'estime de soi des résidents » (Lacour Laura, 2016). Angélique Tornay note aussi que l'art-thérapie améliore la qualité de vie grâce à différents aspects, et notamment « en améliorant sa confiance en soi, son estime de soi ».

Comme Angélique Tornay, par nos échanges et nos lectures, nous avons eu des craintes au début du stage que l'absentéisme inhérent à l'addictologie nous empêche d'avoir assez d'informations à étudier. Toutefois comme elle, à la fin du stage nous pouvons constater des résultats « plutôt positifs » (Tornay Angélique, 2023, p. 52). Nous la rejoignons aussi sur la demande des patients pour des médiations autres que celles proposées actuellement qui se basent soit sur la communication verbale, soit sur le corps, mais qui manquent d'un espace d'expression différent.

Nous notons qu'un avantage des techniques artistiques que nous avons utilisé est que les patients peuvent vite se les approprier et ensuite créer seul, à la différence du montage vidéo (Raguénès Amélie, 2018). Dans une pathologie où il est parfois difficile d'avoir des participants assidus, savoir que dès les premières séances ils pourront se saisir des outils et créer permet d'apporter des bénéfices plus rapidement.

- **Apports de l'auto-évaluation**

Comme nous le verrons plus en détail par la suite, l'auto-évaluation permet d'apporter des données qualitatives précieuses et de donner la parole au patient. Initialement, c'est pour l'évaluation que nous avons mis en place ces questionnaires. Toutefois, nous avons pu observer un autre bénéfice des auto-évaluations : ces questionnaires permettaient un vrai temps d'introspection pour les patients. Ainsi, ils prenaient un moment pour se questionner sur ce qu'ils avaient vécu en séance et ce qu'ils pouvaient en retirer. Nous avons d'ailleurs choisi certaines questions avec cette idée (« Qu'est-ce que cette séance vous a apporté ? », « Qu'est-ce que cette séance vous a appris sur vous ? »), cependant nous n'avons pas mesuré l'apport réel que cela pourrait avoir. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'avoir un échange à ce propos avec Mme A lors d'une séance individuelle. Elle nous a confirmé que passer par ce temps

d'écriture en fin de séance lui apportait un espace de réflexion, et nous avons pu observer que certaines prises de conscience pouvaient parfois émerger.

- **Bénéfices des séances en groupe et en individuel**

Nous avons pu mettre en place des prises en soin groupales, comme il est d'usage au sein de l'hôpital de jour, et nous avons eu la chance de pouvoir également faire quelques accompagnements en individuel. Cela nous a permis d'observer les différences entre ces deux types de prises en soin et d'appréhender les avantages et les inconvénients de chacun.

Le groupe présente plusieurs avantages et permet bien entendu de travailler sur tous les aspects relationnels. Cela paraît important, comme dans la littérature l'addiction est souvent associée à une pathologie du lien comme nous l'avons vu en introduction. De plus, l'aspect relationnel fait partie d'une des composantes de l'estime de soi dans la grille du socle de compétences de Duclos avec laquelle nous avons travaillé (dans la partie « sentiment d'appartenance »). Par ailleurs, certains patients qui ont des problèmes d'addiction peuvent être en situation d'exclusion sociale ou devoir apprendre à se réintégrer à des groupes qui sont éloignés des comportements à risque vis-à-vis des substances. Les séances en groupe peuvent donc offrir un espace pour travailler sur ces aspects. Des problèmes fréquents avec les groupes peuvent être « les retards, l'absentéisme, les attitudes perturbatrices, voire hostiles, ou au contraire la passivité » (Benyamina et al., 2013, p. 304-305). Mis à part l'absentéisme, nous avons eu la chance de peu rencontrer ces problèmes. Cela peut notamment s'expliquer par l'organisation au sein du programme de l'hôpital de jour et l'horaire de nos séances. Les participants venaient pour la demi-journée ou la journée et suivaient d'autres séances en amont, il y avait donc peu de raisons de retard. Pour ce qui est du comportement hostile et de la passivité, nous en avons peu observé. Nous espérons que notre cadre et nos séances ont pu y contribuer, mais nous pensons également que toutes les séances menées par les autres professionnels avec ce même groupe aidaient à créer une dynamique positive.

Pour les séances en individuel, il a été intéressant d'observer une même patiente (Mme A) sur les séances de groupe et sur les séances individuelles, car nous avons ainsi pu nous rendre compte de la différence pour une même personne. Nous avons eu l'impression qu'elle s'autorisait encore plus à extérioriser ses émotions et à verbaliser de manière plus approfondie. Nous avons aussi remarqué que les séances en individuel nous permettaient une meilleure personnalisation des objectifs et des séances.

Nous verrons les inconvénients que nous avons pu noter dans la partie limite.

- **Temporalité des bénéfices**

Les séances d'art-thérapie permettent des apports aux patients sur le temps de séance, mais également sur du plus long-terme. Sur le temps de séance, l'art-thérapie permet notamment de se concentrer sur l'instant présent (Dikann Alain, 2021). Sur le long-terme, l'objectif est de généraliser les apprentissages dans leur vie et ainsi de développer des ressources. Comme Laura Lacour l'indique « l'atelier d'art-thérapie accompagne aussi la personne à acquérir des habiletés qui pourront lui servir à ne pas s'effondrer totalement lors de nouvelles rechutes » (Lacour Laura, 2016). Nous avons noté des évolutions positives sur ces différents aspects dans notre étude : sur le temps de séance, les patients ont souvent partagé le plaisir ressenti, le bien-être que cela leur apportait et le fait qu'ils se concentraient sur le moment présent. Sur le long-terme, le fait que certains patients évoquaient l'envie de recourir à des pratiques artistiques en dehors nous semble encourageant, de même lorsqu'ils avaient des prises de conscience généralisées à d'autres aspects de leur vie.

4.2 Limites de l'étude

- **Regard critique de l'étude**

Bien que les résultats de l'étude présentent des évolutions positives, nous restons prudents pour plusieurs raisons. Nous n'avons pas assez de données pour amener une preuve scientifique. Il n'y avait de procédure en double aveugle pour comparer les patients accompagnés par l'art-thérapie de ceux ne bénéficiant pas de ces séances. Nous restons également très humbles sur les résultats observés, car toute l'équipe pluridisciplinaire menait des séances en parallèle. Il est donc difficile de savoir ce qui relève des autres séances ou de nos séances d'art-thérapie, même si nous espérons avoir pu contribuer positivement à l'évolution des patients. Nous avons d'ailleurs envisagé de faire un questionnaire de fin de prise en soin pour les autres professionnels, pour les questionner sur les apports art-thérapeutiques observés chez les patients, mais après échange avec la psychologue nous ne l'avons pas mis en place car ils n'auraient pas pu affirmer les résultats qui relevaient de nos séances ou de la prise en soin globale. Comme expliqué au début de ce mémoire, l'accompagnement des patients ayant un TUA* relève d'un projet de soin global, où l'art-thérapie a une complémentarité à offrir : l'art-thérapie participe, mais il serait présomptueux de s'attribuer tous les résultats positifs.

Le temps restreint de notre stage (140 heures) et des accompagnements nous incite à également rester prudent. Idéalement, nous aurions aimé faire plus de séances pour ancrer les évolutions positives déjà commencées, et en permettre d'autres.

Nous sommes toujours en cours d'apprentissage et nous avons également commis des erreurs que nous gardons en tête pour les corriger dans le futur. Par exemple, nous n'avons pas pensé à vérifier que les grilles de Rosenberg étaient correctement complétées par les patients.

Nous aurions également aimé pouvoir appliquer tout ce que nous avons appris théoriquement en formation et tout faire dans les « règles de l'art ». Toutefois nous avons parfois eu l'impression que nous devons choisir entre essayer d'appliquer ce que nous avons appris ou nous adapter, à la structure et ce qui se déroulait dans la réalité. Nous avons donc essayé de faire au mieux. Par exemple, nous n'avons pas réussi à mettre en place des entretiens individuels en amont avec les patients comme il serait bien de le faire dans l'idéal. Nous n'avons pas non plus pu avoir les informations concernant les médicaments des patients comme nous avons appris à le faire, même si nous avons gardé en tête que certains patients pouvaient avoir des réactions par rapport à des effets secondaires de médicaments, même si nous ne les connaissions pas. De plus, la prise d'informations sur l'anamnèse des patients en amont de leur prise en soin s'est révélée être difficile, notamment en raison du groupe ouvert et du nombre de patients accompagnés sur toute la durée du stage.

- **Biais cognitifs et subjectivité**

Nous nous sommes également questionnés sur notre objectivité, notamment pour ce qui est des grilles d'observation. Pour limiter ce biais, nous avons :

- essayé de reformuler les items et leurs cotations avec des éléments précis et factuels. Toutefois en cours de prise en soin nous avons eu l'impression que pour certains items, nos formulations ne correspondaient pas forcément à la réalité de ce que nous observions ou que des items n'étaient pas toujours pertinents. Nous avons tenté de coter* au mieux, mais nous pensons que nous aurions dû modifier nos grilles ou supprimer les items si besoin au cours du stage. Nous espérons qu'avec l'expérience, nous améliorerons nos grilles, nous pourrions diminuer notre subjectivité et nous pourrions gagner en précision lors de nos observations.

- utilisé des outils d'auto-évaluation : qui laissent la place à la parole des patients, et où notre subjectivité n'a aucun impact. Se pose toutefois dans ce cas la question de la subjectivité du patient et de ses propres biais cognitifs.

Nous nous sommes également interrogés sur un potentiel biais de mémorisation. Avec le fonctionnement de groupe ouvert, il nous est arrivé d'avoir beaucoup de participants à observer, il était donc difficile de tout voir et de tout retenir en intégralité. Par ailleurs, comme nous nous adaptons au planning des patients et de la clinique, nous avons parfois des séances qui se suivaient. Dans ce cas, nous ne pouvions pas compléter la grille d'observation juste après, et il nous est arrivé de la compléter le lendemain. Idéalement, lorsque cela est possible, nous pensons qu'il faudrait organiser le planning pour conserver un temps de prise de notes et de cotation immédiatement après chaque séance.

- **Difficultés liées à l'objectif d'amélioration de l'estime de soi**

Tout d'abord, l'estime de soi est quelque chose de complexe, et nous n'avons pas la prétention de résoudre tous les problèmes d'estime de soi uniquement avec seulement 7 séances d'art-thérapie. Par ailleurs, nous nous questionnons sur l'évaluation de l'estime de soi. Nous nous sommes basés sur la grille du sociologue Morris Rosenberg qui est une référence dans ce domaine, mais l'estime de soi peut-elle être résumable à une échelle ? Les travaux de Morris Rosenberg décrivent 3 facteurs dans l'estime de soi : le degré, la stabilité et la solidité (Dikann Alain, 2021). Nous nous demandons dans quelle mesure, la stabilité et la solidité de l'estime de soi sont bien prises en compte lorsque les échelles de l'estime de soi sont complétées à seulement 2 moments, et nous nous interrogeons sur l'impact du contexte au moment de la passation du test.

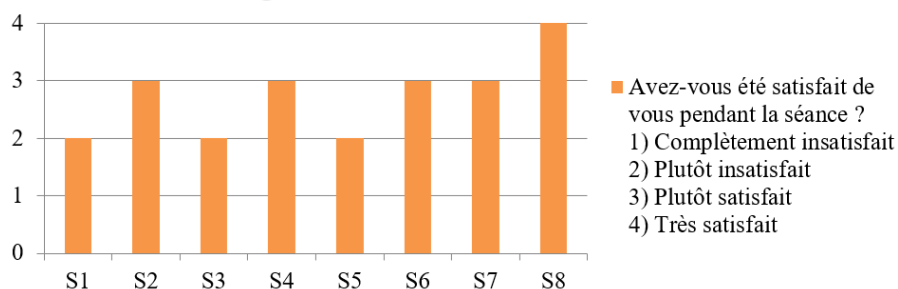
Nous avons basé nos objectifs secondaires et de séance sur la grille du socle de compétences de Duclos. Toutefois, d'autres piliers de l'estime de soi sont parfois cités dans la littérature, nous aurions donc pu développer des séances à partir de ces piliers : « l'amour de soi (la considération que l'on se porte), la connaissance de soi (la perception que l'on a de soi) et la confiance en soi. » (Dikann Alain, 2021). La notion d'image de soi est également citée. Certaines des séances d'art-thérapie réalisées peuvent tout de même correspondre à ces notions, bien qu'elles n'aient pas été construites directement pour y répondre. Toutefois, il serait intéressant de proposer des séances pour approfondir ces aspects.

- **Des questionnements concernant les résultats de certains patients**

Nous nous sommes posés des questions quant à certains résultats, par exemple pour ces 2 patientes :

- **Mme C** : Mme C rencontrait des difficultés et des réserves lors de certaines séances, mais nous avons observé des évolutions positives la concernant au fil des séances. Cela est même appuyé par ses auto-évaluations de fin de séance qui sont en progression, en finissant à 4 (« Très satisfait ») alors qu'elle n'avait jamais coché cette case (voir figure ci-dessous). Son questionnaire d'auto-évaluation de fin de prise en soin est également positif (« Dans quelle mesure avez-vous réussi à faire des choses dont vous ne vous sentiez pas capable avant les séances d'art-thérapie ? – Presque tout à chaque fois ! » « Dans quelle mesure ces séances vous ont apporté quelque chose par rapport aux problématiques que vous rencontrez en dehors ? – Plus de confiance en moi »). L'autonomie et le prolongement sur la suite après les séances sont plus incertains et auraient gagné à être travaillés encore (« Dans quelle mesure est-ce que cela vous a donné envie de continuer certaines pratiques seule ? – Je ne suis pas très sûre »). Toutefois notre plus gros questionnement concernant Mme C a été lorsque nous avons étudié l'évolution du score de la grille de Rosenberg avant et après prise en soin : l'évolution globale a été de -1. Nous nous sommes donc questionnés sur les résultats de cette baisse que nous avons du mal à expliquer au vu de l'évolution positive que nous observons par ailleurs.

Figure 22 : Autoévaluation - Mme C



- **Mme I** : Pour Mme I, nos questionnements étaient d'un autre ordre. Son évolution par rapport à la grille de Rosenberg était positive (+3), mais ses verbalisations ou commentaires dans l'auto-évaluation l'étaient moins (Par exemple « Dans quelle mesure est-ce que ces séances vous ont aidé à changer de perception sur certaines choses ? - Pas vraiment » « Dans quelle mesure ces séances vous ont apporté quelque chose par rapport aux problématiques que vous rencontrez en dehors ? – Pas vraiment »). Cependant, Mme I notait tout de même certains bénéfices (« Dans quelle mesure avez-vous l'impression que ces séances vous ont aidé dans

l'identification/l'expression de vos émotions ? – A toutes les séances). Le contexte de Mme I était particulier, puisqu'elle quittait l'hôpital de jour, car elle n'était plus dans une dynamique de changement et d'abstinence. La séance de clôture d'art-thérapie était sa dernière séance à l'HDJ*. Ce contexte particulier peut être à prendre en compte. Toutefois nous nous sommes également questionnés sur ces résultats.

Nous pensons donc que les résultats quantitatifs sont importants : pour objectiver les études, pour avoir des résultats synthétiques et clairs à présenter aux équipes pluridisciplinaires, pour parler un langage commun avec les professionnels médicaux et paramédicaux. Ce qui est essentiel pour développer l'art-thérapie et montrer le sérieux de cette profession.

Toutefois, nous pensons que l'aspect qualitatif, en plus du quantitatif, est précieux, voire nécessaire pour analyser en profondeur les évolutions des patients. Lors de nos échanges avec la psychologue sur ce sujet, elle nous avait d'ailleurs conseillé de formuler nos questions de l'auto-évaluation de fin de prise en soin en questions ouvertes afin d'avoir des données qualitatives à analyser en plus du quantitatif, et pour fonctionner avec une approche mixte*. Nous avons ensuite effectué des recherches sur ce sujet, et nous nous sommes intéressés à un article qui concerne la psychologie clinique, mais nous pensons que cela peut s'appliquer à l'art-thérapie (Bioy et al., 2021). Cet article nous a confirmé le bénéfice d'ajouter l'aspect qualitatif, qui permet notamment de respecter la parole des patients et de la mettre au centre, réduisant ainsi « l'asymétrie entre un " sachant " et un " patient " » et permettant de prendre en compte la complexité de situations. En effet, chacune des deux dimensions « ne peut pas à elle seule épouser l'entière d'un phénomène ». Cet article valide l'intérêt de fonctionner avec l'approche mixte* (Bioy et al., 2021).

Par ailleurs, nous notons l'inconvénient du qualitatif dans certains cas, notamment pour les patients qui ont du mal à écrire ou pour qui la langue utilisée n'est pas la langue maternelle. Nous pensons que dans ce cas nous devrions essayer de nous adapter pour les accompagner lorsqu'ils formulent les réponses quand cela est possible.

- **Les effets après la prise en soin**

Nous n'avions pas l'ambition d'agir sur l'abstinence. Cependant nous nous interrogeons tout de même lorsqu'en échangeant avec la psychologue 1 mois après notre départ, nous avons appris que Mme A avait rechuté et avait donc quitté l'HDJ* conformément à ce qui avait été convenu entre elle et l'équipe pluridisciplinaire si elle consommait de nouveau. Nous savons

que « la rechute fait partie de l'évolution naturelle des conduites addictives » (Lançon Christophe, 2013, p. 96). Cette phase fait donc partie du processus, mais nous notons que des évolutions positives sur certains aspects ne présagent pas de potentielles rechutes ou non. Nous espérons toutefois que les séances d'art-thérapie qui lui avaient apporté des bénéfices lui ont permis de développer des ressources sur le long-terme, qui pourront l'aider pour la suite. Lors de cette rechute, il y a toutefois des changements par rapport à de précédentes périodes de re-consommation, puisqu'elle a accepté d'aller suivre une thérapie individuelle avec des antidépresseurs. A titre d'information, au moment de cet échange, M. J et M. V n'avaient pas rechuté. Il est important de rappeler que les séances d'art-thérapie n'avaient pas pour but d'agir sur l'abstinence, mais sur les ressources et la qualité de vie des patients.

- **Limite du groupe ouvert et inconvénients des séances en groupe et en individuel**

Le fait que ce soit un groupe ouvert a présenté plusieurs limites. Par exemple : nous ne pouvions pas prévoir qui serait présent à l'avance, nous le savions le jour-même. Cela n'était donc pas possible d'adapter les objectifs individuellement, et il fallait travailler sur des objectifs communs qui pourraient bénéficier à tous les participants, même si nous avons essayé de nous adapter à chacun même au sein du groupe. Nous devons répéter à chaque début de séance la présentation de l'art-thérapie ainsi que le cadre, et faire passer les grilles de Rosenberg, alors que d'autres patients connaissaient déjà ces parties. Nous avons d'ailleurs retrouvé cette problématique dans la littérature (Benyamina et al., 2013, p. 304-305). Il n'était pas possible de proposer des créations sur plusieurs séances au risque que les patients ne soient pas présents à la séance d'après pour la continuer, ou que des nouveaux arrivent sans avoir commencé. Il nous paraissait important de laisser le fonctionnement de groupe ouvert pour s'intégrer dans le projet de soin global et ne laisser aucun patient à l'extérieur de l'accompagnement, mais de ce fait, certains patients arrivés à la fin du stage n'ont pu bénéficier que de peu de séances. De plus, certains patients ont été absents sur les dernières séances, et n'ont hélas pas pu suivre la fin d'accompagnement que nous avions prévu. Nous ne pouvions pas non plus prévoir le nombre de personnes, et il y a parfois eu des groupes très importants où il était plus difficile de tous les observer.

Nous avons parlé des avantages des 2 types de prises en soin, groupale ou individuelle, mais il y a également des limites inhérentes à chacune. Nous avons pu observer les difficultés liées au groupe au cours de notre stage et nos recherches les ont confirmées : en groupe « le rythme et

le contenu des séances ne peuvent évidemment pas être adaptés à chaque individu » (Benyamina et al., 2013, p. 304-305). Nous avons en effet rencontré des difficultés sur le rythme. Certains patients finissaient très rapidement, tandis que d'autres avaient du mal à finir dans les temps. Nous avons essayé de répondre à cette problématique en créant des consignes supplémentaires facultatives. Le travail individuel permet une meilleure personnalisation des séances et du rythme, mais l'inconvénient principal que nous observons est qu'il permet moins de travailler sur des objectifs relationnels, mis à part avec l'art-thérapeute stagiaire.

- **Comparaison avec d'autres études et perspectives**

Nous avons fait le choix de nous fixer sur un objectif thérapeutique précis : l'amélioration de l'estime de soi. Toutefois l'inconvénient est que nous n'avons peut-être pas mesuré des impacts positifs qui ont pu avoir lieu sur d'autres aspects, ou qu'il serait également pertinent d'agir sur d'autres dimensions. Au vu de la durée du stage il est compliqué de travailler sur tous les aspects, mais s'il était possible de continuer et de faire d'autres études, cela serait intéressant d'approfondir d'autres sujets, avec par exemple :

- L'image du corps (Raguénès Amélie, 2018)
- Le travail du deuil : Angélique Tornay écrit dans son mémoire « Pour certaines personnes la maladie chronique en s'associant aux pertes de capacités, de projets, entraînent un travail de deuil » (Tornay Angélique, 2023). Dans certains cas, il pourrait être pertinent de fixer comme objectif thérapeutique cette thématique.
- Le modèle de changement de Prochaska et DiClemente, cité plusieurs fois (Institut national de la santé et de la recherche médicale France, 2003, p. 70) (Tornay Angélique, 2023) (Raguénès Amélie, 2018).
- Les troubles cognitifs si les séances d'art-thérapie ont lieu dans les groupes de remédiation cognitive*.

La HAS* recommande d'accompagner un patient ayant un TUA* en lui permettant d'agir sur différents éléments, et notamment « ses compétences psychosociales, dont la capacité de résolution des problèmes et de gestion des émotions » (HAS, 2023). En étudiant la catégorisation des compétences psychosociales selon l'OMS*, nous remarquons que l'art-thérapie peut aider à les développer. Il s'agit par exemple des compétences suivantes : connaissance de soi, capacité d'auto-évaluation positive, capacité d'attention à soi, capacité à

atteindre ses buts, capacité à résoudre des problèmes de façon créative, comprendre et identifier ses émotions et son stress, développer des liens sociaux, savoir demander de l'aide, etc. (HAS, 2023). Nous avons découvert cette classification après notre étude, et en travaillant sur l'estime de soi, nous avons été amenés à travailler sur certaines de ces compétences psychosociales. Toutefois nous notons qu'il pourrait être intéressant de construire un accompagnement art-thérapeutique en fixant comme objectif de développer ces compétences. L'intérêt est clair puisque comme le précise la HAS* « certaines CPS* ont un lien direct avec la prévention et la gestion des conduites addictives, raison pour laquelle il est utile de les cibler spécifiquement afin de les renforcer » (HAS, 2023).

D'autre part, la HAS* évoque le fait que les différents professionnels puissent contribuer à « agir dès le premier recours via un repérage systématique, précoce et régulier de tous les usages » (HAS, 2023). Nous avons retrouvé cette notion de repérage et d'accompagnement précoce dans nos lectures (HAS, 2023) (Institut national de la santé et de la recherche médicale France, 2003, p. 94), et cela nous a fait nous questionner : au-delà de l'apport de l'art-thérapie chez les patients souffrant de TUA* avéré et déjà dans un processus de soin, est-ce que l'art-thérapie ne pourrait pas permettre de développer des ressources ou aider à diminuer des problématiques qui peuvent s'avérer être des facteurs de risque, afin d'apporter des solutions également en préventif, et pas seulement en curatif ?

Nous avons également en tête que l'addiction est souvent associée à des comorbidités, comme nous avons pu le voir avec les patients accompagnés. Nous pensons qu'il serait intéressant de prendre en compte ces comorbidités dans une future étude.

Les arts plastiques et l'écriture avaient déjà été utilisés dans d'autres mémoires (Tornay Angélique, 2023) (Lacour Laura, 2016). Il est intéressant de proposer des outils différents pour étudier ce que cela peut apporter aux patients, comme Amélie Raguénès avec le montage vidéo (Raguénès Amélie, 2018). Nous pensons qu'il serait également intéressant d'expérimenter avec d'autres moyens artistiques, par exemple la danse, pour élargir les études.

Nous pensons qu'il y a plein de choses possibles à développer dans le domaine de l'addictologie grâce à l'art-thérapie, et cela ne sera bien sûr pas possible de tout traiter en même temps pour

aller en profondeur dans chaque sujet, toutefois nous trouvons que ces pistes seraient intéressantes à explorer dans le cadre de différentes études et avec plus de temps.

4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie

- **Le cadre et la liberté en art-thérapie**

Comme Angélique Tornay et Amélie Raguénès, nous notons que l'art-thérapie propose un cadre contenant, primordial chez les patients souffrant d'addiction, à l'intérieur duquel ils peuvent trouver une liberté (Tornay Angélique, 2023). La question des limites et du cadre est en effet un sujet important dans le trouble de l'usage de l'alcool (Raguénès Amélie, 2018). Les commentaires de Mme A dans certaines de ses auto-évaluations témoignent de ce rapport compliqué aux limites « Qu'est-ce que cette séance vous a appris sur vous ? – Que je devrais accepter ce que je suis [...] Je me mets tellement de LIMITES à être ce que je suis que ne m'en mets aucune pour me détruire ! » ou « il est juste de le faire en me posant des limites [...] qu'il faille mettre des points, des STOP dans chaque expérience (créatives ou non) ».

Le cadre et les limites sont apportés par l'art-thérapeute, mais également par l'espace de l'atelier d'art-thérapie et par la médiation artistique. L'espace délimité pour les séances d'art-thérapie permet une limite entre l'intérieur et l'extérieur de la séance, avec des règles qui lui sont propres : horaires, bienveillance, écoute, etc. Ce cadre permet aux patients de se libérer à l'intérieur de ces limites et de « stimuler leur créativité ». De la même façon, l'outil artistique peut remplir une fonction délimitante, avec par exemple les limites de la feuille (Dikann Alain, 2021). Ce cadre permet en quelque sorte de rassurer les patients, en même temps qu'il leur permet d'apprendre à se limiter là où ils ont parfois des problématiques à le faire, notamment avec la consommation. Nous en avons eu l'exemple avec Mme A et les limites de temps.

A l'intérieur de ce cadre, l'idée est de leur laisser une grande liberté et qu'ils sentent que c'est un espace d'expérimentation où ils peuvent s'autoriser des choses qu'ils ne font pas ailleurs. L'idée est qu'ils puissent expérimenter des nouveaux comportements et développer de nouvelles ressources ou apprentissages qui pourront leur servir par la suite. Nous rappelons cette liberté lorsque cela était nécessaire, pour que l'atelier soit adapté à leurs besoins et qu'ils puissent aller vers de plus en plus d'autonomie.

- **Le choix des objectifs thérapeutiques**

Nous avons validé l'objectif thérapeutique de l'accompagnement d'art-thérapie avec la psychologue. Lorsque cela est possible, il est important d'inclure les patients dans la fixation des objectifs thérapeutiques, par exemple lors d'un premier échange avec eux. Nous avons retrouvé cette question éthique dans la littérature : « La pratique quotidienne de la médecine est spontanément orientée vers la *valeur de bienfaisance* qui se définit généralement comme la capacité de juger de ce qui est bon pour autrui et de faire son bien en vertu de connaissances. [...] [Le bien thérapeutique recherché] peut, cependant, être l'objet de discordances entre le point de vue du patient et celui du thérapeute. Souvent ce principe fondateur va s'opposer à la *valeur d'autonomie* du patient qui pose que chaque personne a la liberté de ses actes, qu'elle est le meilleur juge de son propre bien et de ses intérêts. » (Cazals Philippe et al., 2012, p. 139). En effet, il paraît important de placer le patient au centre, pour lui permettre d'atteindre ce qui est important pour lui. Lorsque nous avons impliqué Mme A dans l'objectif de séance de respect des délais, cela s'est avéré être efficace. Toutefois, comme nous avons pu l'expérimenter, cela est parfois compliqué lorsqu'il n'y a pas la possibilité de faire d'entretien préalable et avec un groupe ouvert. Quand nous avons eu l'impression dans l'auto-évaluation de M. V que les interactions sociales n'étaient pas un objectif pour lui, nous avons pensé qu'il est important de respecter cela, comme cela ne nuit à personne et qu'il ne paraît pas en manifester d'intérêt. Nous nous posons donc la question : à quel point aurions-nous dû plus impliquer les patients dans le choix de leurs objectifs ? Lorsqu'un premier entretien n'est pas possible avec chaque patient et avec un fonctionnement de groupe ouvert, peut-être serait-il intéressant de proposer un questionnaire en début de prise en soin où les patients pourraient s'exprimer sur les objectifs thérapeutiques qu'ils souhaitent viser ? Ainsi cela permettrait d'essayer d'adapter encore plus les séances à chaque personne, dans la mesure du possible, lorsque les objectifs de chacun sont compatibles.

- **Le patient acteur dans l'art-thérapie**

Dans les séances d'art-thérapie, le patient est acteur de son soin. L'art-thérapie est un outil dont le patient peut se saisir, et les professionnels apportent leur aide, mais le patient est au centre et est actif. Par ailleurs, « il n'est plus d'abord un malade, il devient une personne capable de créer » (Platel, 2017, p. 321). En créant, le patient sort de ce statut : il redevient un être humain doué de création, il peut se percevoir et se comporter autrement.

L'art-thérapie est une « thérapie " du faire " grâce au processus de création » où les patients agissent et peuvent se « réapproprier leur corps » (Dikann Alain, 2021). Ainsi, ces personnes peuvent participer activement à leur transformation.

4.4 Discussion de la posture soignante en tant que futur art-thérapeute

En tant que futur art-thérapeute, nous avons conscience que la posture est primordiale pour permettre d'accompagner au mieux les patients, et qu'il sera important de toujours essayer de s'améliorer au fil des expériences, pour avoir la posture la plus juste possible.

- **Adaptation**

Nous pensons que la capacité d'adaptation est très importante dans ce métier, et nous avons d'ailleurs pu l'expérimenter pendant ce stage. Il nous paraît très important de se préparer au mieux (préparer les objectifs thérapeutiques, prévoir plusieurs contenus de séances pour pouvoir réagir en cas de refus ou si certains finissent plus tôt, préparer son matériel en amont, etc.), mais de nombreux imprévus arrivent et il faut s'y adapter. Que ce soit lorsque des patients ne se présentent pas, qu'ils sont positifs à l'éthylotest, que de nouveaux patients arrivent sans que nous le sachions en amont, que les patients réagissent d'une façon inattendue, etc. Les situations imprévues sont nombreuses. Il nous paraît donc primordial de développer cette capacité d'adaptation, et de garder une posture juste à chaque instant, même en cas d'imprévus. Par ailleurs, il s'agit également de s'adapter à chaque patient et à chaque instant. Tous les patients n'ont pas les mêmes besoins : certains ont besoin d'être rassurés et beaucoup accompagnés, pour d'autres, laisser plus d'autonomie est apprécié dès le départ. D'une séance à l'autre, les patients peuvent également être dans un état très différent : que ce soit par rapport aux événements vécus plus tôt dans la journée ou dans la semaine, une potentielle rechute, etc. Le partage de début de séance, avec le « mur des émotions/d'humeur », permettait à chacun de déposer son état actuel, et nous permettait d'essayer de nous adapter au mieux. Nous partageons d'ailleurs cette volonté d'adaptation avec les patients : nous leur avons plusieurs fois verbalisé qu'ils pouvaient nous dire s'ils avaient besoin que quelque chose soit adapté. Au-delà de laisser cette possibilité aux patients, pour que les séances soient les plus bénéfiques possibles, il est aussi important de s'adapter à ce qui n'est pas formulé verbalement par les patients.

- **Empathie, bienveillance et écoute active**

Dans notre posture d'art-thérapeute, nous voulions bien entendu développer des qualités d'empathie, de bienveillance et d'écoute active. La littérature confirme en effet que l'empathie et la bienveillance sont essentielles pour accompagner les patients (Dikann Alain, 2021)(Lançon Christophe, 2013, p. 96). Il nous paraît important que le patient se sente écouté, accueilli et accepté, pour qu'il puisse s'exprimer, créer et s'accepter lui-même. Ces qualités sont très importantes pour développer l'alliance thérapeutique*.

- **Accompagner vers l'autonomie**

L'art-thérapeute rassure quand cela est nécessaire et accompagne le patient pendant tout le suivi art-thérapeutique, toutefois il est important que dans sa posture il guide vers l'autonomie en trouvant la juste distance. Angélique Tornay partageait dans son étude que certaines personnes avaient initialement besoin d'une « posture de maternage » qui a ensuite laissé place à plus d'autonomie (Tornay Angélique, 2023). Le but n'est en aucun cas de remplacer une dépendance (au produit) par une autre (à l'institution ou à l'art-thérapeute). Cela est très important d'avoir en tête cet objectif d'autonomie dans la construction de la stratégie art-thérapeutique, même dans des accompagnements qui n'ont pas de lien avec l'addiction. C'est d'ailleurs dans cette idée que nous avons prévenu de la fin de notre stage en amont, et que nous avons construit les dernières séances pour amener vers de plus en plus d'autonomie.

- **Humilité, formation continue et supervision**

L'humilité est très importante dans la posture de l'art-thérapeute. Il fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et propose une complémentarité, tout en ayant conscience de ce qu'il peut apporter et de là où s'arrêtent son accompagnement et ses compétences. Nous avons conscience de ce qu'il reste à apprendre et que c'est une recherche qui ne sera jamais finie. La posture et les compétences de l'art-thérapeute s'affinent au fil des années, même si le but est d'être le plus juste possible à chaque instant. Il sera important de continuer à apprendre et être dans une démarche de formation continue tout au long de sa carrière, que ce soit sur l'art-thérapie, mais également sur les pathologies des patients accompagnés, ou tout autre sujet lié à l'accompagnement et à son éthique. Il nous paraît par ailleurs important de prévoir d'effectuer des séances de supervision pour réfléchir à notre accompagnement et à ce qui se peut se jouer en séance, et ainsi ajuster notre posture.

- **Démarche éthique**

Pour avoir la posture la plus juste possible, il est important de se questionner, et de prendre les décisions les plus justes possibles, tout au long de l'accompagnement art-thérapeutique. Quelles sont les raisons qui me poussent à faire ce choix ou à adopter cette posture ? Qu'est-ce qui serait le plus bénéfique et le plus juste pour le patient ? Qu'est-ce que je peux corriger dans ce que je fais jusqu'à présent pour améliorer ce que je propose ? Ces questions peuvent être réfléchies seul, mais également en sollicitant l'avis d'autres personnes, notamment l'équipe pluridisciplinaire, et la supervision comme citées précédemment.

En effet, face aux décisions à prendre, et elles peuvent être nombreuses au cours d'un accompagnement, il est possible de commencer par une première démarche éthique « de nature individuelle et réflexive », identifier les valeurs qui sont en jeu et faire un choix qu'on peut argumenter. Il est intéressant de la compléter par une démarche éthique collective (Cazals Philippe et al., 2012, p. 147-148). Au cours de notre stage, nous avons parfois questionné l'équipe pluridisciplinaire pour essayer de faire les choix les plus justes possibles. Cette démarche éthique, individuelle et collective, nous paraît être au cœur de la posture de l'art-thérapeute.

CONCLUSION

Nous nous demandions en quoi l'art-thérapie permettait d'aider les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool à améliorer leur estime de soi pour aller vers une meilleure qualité de vie. Cette étude nous a permis d'observer des résultats positifs. Elle nous a également permis de constater d'autres retombées positives : que ce soit grâce à des évolutions sur d'autres sujets chez les patients, ou par rapport à l'intégration de l'art-thérapie au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons noté un certain nombre de limites que nous prenons bien sûr en compte, et nous restons humbles dans notre démarche. La rédaction de ce mémoire et nos lectures nous ont permis de conforter l'intérêt de l'art-thérapie et d'ouvrir notre réflexion sur de nombreux sujets. Le champ de ce qu'il reste à explorer et à apprendre est immense, et nous avons conscience que cet apprentissage est continu tout au long de la carrière. Cette expérience et ce mémoire nous ont permis de réfléchir à l'art-thérapeute que nous voudrions être.

Nous ressentons beaucoup de gratitude pour toutes les personnes qui nous ont permis d'avancer sur ce chemin. Nous ressortons de cette expérience plus que convaincus que l'art-thérapie peut apporter de nombreux bénéfices.

Enfin, la sensation d'avoir trouvé le métier qui nous correspond, que nous avons ressenti lorsque nous avons découvert l'art-thérapie, s'est transformée lors de ce stage en certitude que nous avons trouvé la voie que nous voulons suivre.

BIBLIOGRAPHIE

- Benyamina, A., Benyamina Amine, Reynaud Michel, & Aubin Henri-Jean. (2013). *Alcool et troubles mentaux : De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic / coordonné par Amine Benyamina,... Michel Reynaud,... Henri-Jean Aubin,...* Elsevier Masson.
- Bioy, A., Chahraoui, K., Plagnol, A., & Castillo, M.-C. (2021). Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives en psychologie clinique. In *Analysis*, 5(3), 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2021.09.006>
- Cazals Philippe, Demeaux Jean-Louis, Juge-Perbet Christine, Leroy Valérie, Rémy-Largeau Isabelle, Salamon Roger, Salmi Louis-Rachid, & Péré Jean-Charles. (2012). *Éthique de la relation de soin : Récits cliniques et questions pratiques : qui décide de la prévention, des soins et du traitement ? / Philippe Cazals, Jean-Louis Demeaux, Christine Juge-Perbet... [et al.] ; coordonné par Myriam Le Sommer-Péré, Marie-Hélène Parizeau.* Editions Seli Arslan.
- Dikkan Alain. (2021). *Combattre ses addictions par l'expression créatrice et l'art-thérapie / Alain Dikkan.* Jacques Grancher Editions.
- Evers Angela. (2019). *Le grand livre de l'art-thérapie / Angela Evers ; préface de François Paul-Cavallier* (4e édition). Éditions Eyrolles.
- Giraud, J.-J., & Pain, B. (2015). Présentation de l'Art-thérapie. *Hegel*, 4(4), 258-263. <https://doi.org/10.4267/2042/57912>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (France & Institut national de la santé et de la recherche médicale France) (2003). *Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance / INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale.* INSERM.
- Lacour Laura, Université de Poitiers, & Université de Poitiers UFR de médecine et de pharmacie. (2016). *Restauration de l'estime de soi chez des personnes ayant des problématiques d'addiction : Une expérience d'art-thérapie par les arts plastiques au sein du Centre Thérapeutique Résidentiel d'En Boulou / mémoire... présenté par Laura Lacour ; sous la direction de Catherine Toufine.*
- Lançon Christophe. (2013). *Conduites addictives et processus de changement / Christophe Lançon,... ; [Préface de Michel Le Moal,...].* John Libbey Eurotext.
- Mercier Sandrine (2022) *Cours d'art-thérapie lors du Diplôme Universitaire.*
- Platel, H. (2017). *Neuropsychologie et art : Théories et applications cliniques.* Solal.
- Raguénès Amélie, Université de Poitiers, & Université de Poitiers UFR de médecine et de pharmacie. (2018). *L'art-thérapie audiovisuelle en addictologie : Le montage vidéo, un outil pour accompagner les patients souffrant d'alcool-dépendance / Amélie Raguénès ; sous la direction de Frédéric Pinton.*
- Tornay Angélique, Université de Poitiers, & Université de Poitiers UFR de médecine et de pharmacie. (2023). *Cheminer avec un trouble de l'usage de l'alcool Une expérience d'art-thérapie par les arts-plastiques et l'écriture au sein de l'hôpital de jour*

d'addictologie du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers / Angélique Tornay ; sous la direction de Léa Renaudin.

Webographie :

- Ameli, 2022. *Addiction : définition et facteurs favorisants*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants>
- Cliniquedesepinettes.com. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
<https://cliniquedesepinettes.com/la-clinique/>
- Dikann.com. *Combattre ses addictions par l'expression créatrice et l'art-thérapie*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
<http://dikann.com/Combattre-ses-addictions-par-l-expression-creatrice-et-l-art-therapie>
- Drogues.gouv.fr. *Que nous dit la science des addictions ?* Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
<https://www.drogues.gouv.fr/que-nous-dit-la-science-des-addictions>
- HAS, 2023. *Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide_agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool.pdf
- HAS, 2023. *Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326877/fr/agir-en-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-reperer-tous-les-usages-et-accompagner-chaque-personne
- HAS, 2023. *Alcool : accompagner chaque personne à diminuer son risque*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3470432/fr/alcool-accompagner-chaque-personne-a-diminuer-son-risque
- HAS, 2023. *Fiche 9 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Les compétences et interventions psycho-sociales*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/fiche_9.agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool_les_compete_nces_et_interventions_psycho-sociales.pdf
- INRS, mis à jour en 2023. *Addictions*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
<https://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-chiffrees.html>
- Inserm, Publié en 2017, Modifié en 2020. *Addictions Du plaisir à la dépendance*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :
<https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
- Inserm, 2021. *Alcool & Santé*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url :

- <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
- OMS*, 2022. *Alcool*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
 - OMS*, 2022. *Lutte contre la consommation d'alcool et ses méfaits : l'OMS, avec l'UE, lance un nouveau projet de 10 millions d'euros pour passer des preuves aux actes*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/07-12-2022-new--10-million-who-eu-project-will-translate-evidence-into-action-to-reduce-alcohol-consumption-and-harms#:~:text=%C2%AB%20L'alcool%20est%20un%20agent,OMS%20pour%20l'Europe>
 - Sante.gouv.fr, mis à jour en 2023. *L'addiction à l'alcool*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
 - SPF*, mis à jour en 2024. *Alcool*. Consulté le 23 février 2024 à l'adresse url : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool>

GLOSSAIRE

Aboulie : Altération de la volonté aboutissant à la difficulté ou à l'incapacité de prendre une décision ou d'agir

Acrostiche : Pièce de vers dont les lettres initiales forment le nom d'une personne ou d'une chose

Alliance thérapeutique : Liens relationnels développés entre le thérapeute et le patient, notamment pour participer à l'atteinte des objectifs thérapeutiques

Approche mixte : Modèle qui combine les éléments d'une approche quantitative et d'une approche qualitative

Auto-évaluation : Les patients répondent par eux-mêmes aux propositions de la grille

Binge drinking : Alcoolisation ponctuelle importante dans un temps très court, avec recherche d'ivresse (connu également sous le terme « d'intoxication alcoolique aiguë » ou « alcoolisation massive »)

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

Carte Dixit : Cartes visuelles, issues d'un jeu de société, et qui servent parfois dans des ateliers thérapeutiques comme support visuel

CMP : Centre médico-psychologique

Consommation contrôlée : Réduction de la consommation jusqu'à un niveau faible, en alternative à l'abstinence, ou en étape intermédiaire pour ensuite viser l'abstinence

Coter : Compléter la grille, en indiquant le numéro correspondant à ce qui est évalué

CPS : Compétences psychosociales

Craving : Besoin impérieux et irrépressible de consommer

CSAPA : Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DU : Diplôme Universitaire

Faux-pas : Reconsommation de la part du patient en période où il avait décidé d'être abstinent

Haïku : type de poème venant du Japon, qui est composé de trois vers de cinq, sept et cinq syllabes. Il évoque en général un spectacle naturel, un état d'âme, un incident, mis en rapport direct ou indirect avec une des quatre saisons

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

Logorrhées : Besoin incoercible de parler

Neurotransmetteur : Médiateur chimique synthétisé et libéré par un neurone, permettant à celui-ci de transmettre des messages en se fixant sur d'autres cellules

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Phobie d'impulsion : Symptôme médical caractérisé par la crainte obsédante de commettre un acte dangereux pour soi-même ou pour autrui

Remédiation cognitive : Rééducation de fonctions cognitives altérées

Sevrage : Arrêt progressif de la consommation d'alcool ou de la substance

SPF : Santé Publique France

Synapse : Structure par laquelle l'axone d'un neurone s'articule avec les dendrites d'un autre neurone

Syndrome cérébelleux : Ensemble de symptômes liés à une lésion du cervelet

TUA : Trouble de l'usage de l'alcool

ANNEXES

Annexe A – Echelle d’Estime de Soi de Rosenberg

Echelle d’Estime de Soi de Rosenberg

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

1 : Tout à fait en désaccord

2 : Plutôt en désaccord

3 : Plutôt en accord

4 : Tout à fait en accord

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

Annexe B – Grille du socle de compétences de Duclos

1. La confiance en soi

- Sécurité et détente physique
- Sentiment général de bien-être
- Sentiment de confiance aux adultes qu'ils connaissent
- Sentiment d'optimisme face à l'avenir
- Capacité d'accepter les contacts physiques
- Capacité de s'adapter au stress et demeurer calme face à une blessure ou un malaise physique
- Capacité de tolérer les délais et d'anticiper le plaisir
- Capacité de se représenter mentalement le temps
- Capacité de réagir positivement à une nouveauté
- Capacité de prendre des risques calculés
- Sentiment de confiance face à ses propres capacités
- Capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie
- Capacité de comprendre et d'accepter le sens des règles et d'y répondre positivement

2. La connaissance de soi

- Capacité de percevoir ses qualités et habiletés physiques, intellectuelles, relationnelles, créatrices
- Capacité de percevoir ses différences et celles des autres et de les accepter
- Capacité à déterminer les raisons pour lesquelles les autres nous aiment
- Capacité à faire des choix
- Capacité à se faire respecter
- Capacité à exprimer ses goûts, idées, sentiments, besoins
- Capacité à prendre conscience du lien entre besoins, sentiments et comportements
- Capacité d'assumer des responsabilités adaptées à son âge
- Capacité de se souvenir de ses succès

3. Le sentiment d'appartenance

- Recherche de la présence des autres
- Sentiment de bien-être et de détente dans un groupe
- Capacité de communiquer facilement avec les autres
- Capacité de sensibilité sociale, de générosité, de partage et d'entraide
- Capacité de suggérer des idées au bénéfice du groupe
- Prise de responsabilités dans le groupe
- Capacité d'appliquer des stratégies pour régler pacifiquement des conflits
- Plaisir à parler de ses amis ou du groupe avec sa famille

4. Le sentiment de compétence

- Capacité à faire face à des événements nouveaux
- Capacité de se souvenir de ses réussites passées
- Anticipation du plaisir face à une activité
- Perception de l'utilité des activités ou des apprentissages proposés
- Détente durant les activités d'apprentissage
- Manifestation de fierté suite à une réussite
- Curiosité intellectuelle
- Capacité de faire des choix de stratégies ou de moyens
- Persévérance face aux difficultés
- Capacité d'initiatives et de prises de risques calculés
- Capacité d'imagination et de créativité
- Capacité de coopération
- Motivation face aux nouveaux défis et pour multiplier les apprentissages
- Capacité de réinvestir et de généraliser ses habiletés et connaissances
- Reconnaissance et acceptation de ses erreurs

Annexe C – Grille d’observation

Date :

Numéro de séance pour le groupe :

Numéro de séance pour ce patient :

Contenu de la séance :

Note concernant ce patient :

A- Estime de soi – Items reformulés, basés sur la grille de Rosenberg

- Verbalise qu’il a un certain nombre de belles qualités / compétences (*Reformulation item 2 de la grille Rosenberg + fusionné avec la reformulation de l’item « Capable de percevoir ses qualités et ses habiletés » dans la catégorie « Connaissance de soi » de la grille de Duclos*)
 - 1) Verbalise uniquement ses défauts, et pas du tout de qualités/compétences
 - 2) Ne verbalise pas ses qualités/compétences
 - 3) Verbalise quelques qualités/compétences quand y est encouragé
 - 4) Arrive à verbaliser ses qualités et ses compétences de façon autonome

- A une attitude positive vis à vis de lui-même (*Reformulation item 6 grille de Rosenberg*)
 - 1) Exprime beaucoup de commentaires négatifs envers lui-même
 - 2) Exprime quelques commentaires négatifs envers lui-même
 - 3) N’a exprimé ni commentaires positifs, ni commentaires négatifs.
 - 4) Exprime régulièrement des éléments positifs envers lui-même

- Est satisfait de lui-même lors de l’atelier (*Reformulation item 7 grille de Rosenberg*)
 - 1) Verbalise qu’il n’est pas satisfait de lui-même
 - 2) Ne verbalise pas s’il est satisfait de lui-même ou non
 - 3) Quand on l’interroge, verbalise qu’est satisfait
 - 4) Verbalise de lui-même être satisfait de lui lors de cet atelier

- Est satisfait de sa production lors de l’atelier – item facultatif (*Reformulation item 7*)
 - 1) Verbalise qu’il n’est pas satisfait de sa production et paraît exprimer de la frustration à ce sujet
 - 2) Verbalise qu’il n’est pas satisfait de sa production mais paraît l’accepter et être satisfait de lui
 - 3) Ne verbalise pas s’il est satisfait de sa production ou non
 - 4) Verbalise de lui-même être satisfait de sa production lors de cet atelier

- Se sent capable de faire des choses (*Reformulation item 4 grille de Rosenberg*)
 - 1) Verbalise régulièrement qu’il ne se sent pas capable de faire des choses
 - 2) Verbalise de temps en temps qu’il ne se sent pas capable
 - 3) Ne verbalise pas si se sent capable ou non
 - 4) Verbalise de lui-même qu’il se sent capable/ses capacités

B- Estime de soi – Items basés sur la grille de Duclos

• **Confiance en soi**

- Exprime un sentiment d'optimisme face à l'avenir

- 1) Exprime un sentiment très négatif face à l'avenir
- 2) N'exprime pas de sentiment face à l'avenir
- 3) Exprime un sentiment plutôt positif face à l'avenir
- 4) Exprime un sentiment très positif face à l'avenir

- Tolère les délais

- 1) S'impatiente de façon visible et n'arrive pas à tolérer les délais
- 2) Paraît s'impatienter et être un peu frustré lorsqu'il y a des délais
- 3) Paraît être patient la plupart du temps lors de la séance
- 4) Aucune frustration visible et paraît être complètement patient

- Anticipation du plaisir

- 1) Exprime uniquement les éléments désagréables, le déplaisir et appréhende
- 2) N'exprime pas d'informations sur des plaisirs à venir
- 3) Exprime un peu de plaisir à venir
- 4) Exprime avec enthousiasme les plaisirs à venir

- S'affirme personnellement

- 1) S'efface et ne s'affirme pas du tout
- 2) N'arrive pas à s'affirmer, n'ose pas prendre des initiatives
- 3) Arrive à plutôt s'affirmer
- 4) Arrive à s'affirmer, ose et prend des initiatives

• **Connaissance de soi**

- Est capable de faire des choix de manière autonome

- 1) Demande de l'aide pour faire des choix
- 2) Est hésitant au moment de faire des choix
- 3) Réalise ses choix
- 4) Verbalise ses choix de façon assumée

- Est capable d'exprimer ses goûts, idées

- 1) N'exprime pas du tout ses goûts, idées
- 2) Exprime quelques fois, mais rarement ses goûts/idées
- 3) Exprime à plusieurs reprises ses goûts/idées
- 4) Exprime avec aisance de lui-même ses goûts/idées

- Est capable d'exprimer ses sentiments

- 1) N'exprime pas du tout ses sentiments
- 2) Exprime quelques fois, mais rarement ses sentiments
- 3) Exprime à plusieurs reprises ses sentiments

4) Exprime avec aisance de lui-même ses sentiments

- Est capable d'exprimer ses besoins

1) N'exprime pas du tout ses besoins

2) Exprime quelques fois, mais rarement ses besoins

3) Exprime à plusieurs reprises ses besoins

4) Exprime avec aisance de lui-même ses besoins

• **Sentiment d'appartenance :**

- Sentiment de bien-être et de détente dans un groupe (/avec l'art-thérapeute si séance individuelle)

1) Paraît tendu pendant presque toute la séance

2) Paraît tendu à de nombreux moments de la séance

3) Paraît se détendre à plusieurs moments dans la séance

4) Paraît se détendre dans le groupe pendant presque toute la séance

- Communique facilement avec les autres (/avec l'art-thérapeute si séance individuelle)

1) Ne communique pas du tout avec les autres

2) Communique quelques fois avec les autres, avec sollicitation

3) Communique à plusieurs reprises avec les autres, avec et sans sollicitation

4) Communique à de nombreuses reprises avec les autres et avec aisance

- Capacité d'entraide et de partage (Non applicable si séance individuelle)

1) Refuse d'aider et de partager

2) N'a pas eu de moments d'entraide et de partage

3) A plusieurs fois fait preuve d'entraide et de partage

4) Fait preuve d'entraide et de partage de façon naturelle et marquée

• **Sentiment de compétence :**

- Capacité à faire face à des événements nouveaux

1) Lorsque des événements nouveaux se présentaient, n'a pas du tout été capable d'y faire face, et a eu une réaction de rejet/frustration/...

2) Lorsque des événements nouveaux se présentaient, paraissait être réticent et avoir des difficultés à y faire face

3) Y faisait face, mais en se précipitant, réagit par l'action sans réflexion préalable

4) Y faisait face avec aisance et s'adaptait sans difficulté

- Capacité à se souvenir de ses réussites passées

1) Exprime ne pas avoir eu de réussites passées

2) Ne parle pas de ses réussites passées

3) Parvient avec difficulté à exprimer des réussites passées

4) Se souvient de ses réussites passées et les verbalise avec aisance

- Persévérance face aux difficultés

- 1) Se bloque complètement quand il y a des difficultés et refuse de continuer
- 2) A du mal à persévérer quand il y a des difficultés, mais décide de poursuivre
- 3) Persévère la plupart du temps face aux difficultés
- 4) Ne semble pas rencontrer de difficultés

- Capacité d'imagination et de créativité

- 1) Ne participe pas et n'arrive pas du tout à proposer des choses lorsqu'il faut faire preuve d'imagination/de créativité
- 2) A des difficultés à proposer des choses lorsque cela fait appel à l'imagination/la créativité
- 3) Arrive à participer sans difficultés aux activités qui demandent de l'imagination, sans sortir du cadre ou faire preuve de créativité particulièrement marquée
- 4) Fait preuve de beaucoup d'imagination, sort du cadre ou fait preuve d'une créativité particulièrement marquée

C- Autres items (créés)

- Verbalise sa motivation

- 1) Verbalise que n'est pas motivé
- 2) Paraît démotivé sans le verbaliser
- 3) Paraît motivé sans le verbaliser
- 4) Verbalise avec enthousiasme qu'est motivé

- S'investit dans l'activité proposée

- 1) Ne participe pas à l'activité proposée
- 2) Participe à l'activité mais en montrant des réticences
- 3) Participe à l'activité sans réticences
- 4) S'investit de manière poussée et avec engagement dans l'activité

- Exprime un lien entre sa création et ce que ça lui apporte/sa pathologie/une symbolique/son histoire

- 1) Ne fait aucun lien
- 2) Fait quelques liens quand on l'interroge de manière approfondie
- 3) Exprime quelques liens
- 4) Fait plusieurs liens de lui-même, élabore de manière approfondie

- A une bonne capacité de concentration pendant la séance

- 1) A présenté beaucoup de difficultés de concentration, n'a pas réussi à faire l'activité
- 2) A présenté des difficultés de concentration mais s'est recentré sur l'activité, avec ou sans guidance
- 3) N'a pas présenté de difficultés particulières de concentration
- 4) Était particulièrement concentré

Annexe D – Grille d'auto-évaluation de fin de prise en soin (exemple complété par M. V)

Questionnaire

Questionnaire sur les séances d'art-thérapie mises en place dans le cadre du stage de Marine Poulain à l'hôpital de jour de la Clinique des Epinettes (novembre 2023 – février 2024)

1. Qu'avez-vous pensé des séances d'art thérapie ?

J'ai pensé beaucoup de bien des séances de Marine Poulain et ai apprécié son attitude et ses propositions.

2. Avez-vous pris du plaisir pendant les séances ?

Oui, j'ai aimé faire partie de ces séances parmi mes préférées de celle en hôpital de jour.

3. Dans quelle mesure les séances vous ont aidé à vous concentrer ?

Beaucoup, de la mesure où je les ai prises au sérieux et que je m'y suis impliqué/appliqué autant que possible.

4. Dans quelle mesure les séances vous ont aidé à vous détendre/vous apaiser ?

Par la bienveillance dérogée et le fait de ne pas être jugé ni par les autres, ni par moi-même.

5. Quelle était votre degré de satisfaction concernant vos productions ?

Très satisfait

6. Quand quelle mesure avez-vous réussi à faire des choses dont vous ne vous sentiez pas capable avant les séances d'art-thérapie ?

J'ai simplement repris un petit peu le contact avec la matière, le papier, le stylo et autres matériaux.

7. Dans quelle mesure ces séances vous ont aidé à percevoir des choses positives de vous-même / être plus fier.e de vous ?

Comme écrit précédemment, par le non jugement, l'attitude positive de l'animatrice et de ses propositions.

8. Dans quelle mesure est-ce que ces séances vous ont aidé à changer de perception sur certaines choses ?

Par la concentration et la réflexion.

9. Quand quelle mesure avez-vous l'impression que ces séances vous ont aidé dans l'identification/l'expression de vos émotions ?

Par l'écrit plus que par le dessin.

10. Dans quelle mesure avez vous senti que vous pouviez être créatif/vous connecter à votre imaginaire pendant ces séances ?

Je savais déjà que je pouvais être créatif ayant déjà participé à des groupes d'art thérapies. J'étais plus impliqué dans le dessin mais j'ai perdu avec le temps.

11. Dans quelle mesure avez-vous l'impression que ces séances vous ont aidé dans la coopération/la communication avec les autres ?

C'était plutôt un travail personnel, je n'ai pas vraiment senti de connexion avec les autres car j'étais plutôt dans ma bulle.

12. Dans quelle mesure ces séances vous ont aidé à vous donner une meilleure connaissance de vous-même ?

Introspection, réflexion, l'acte privé.

13. Dans quelle mesure ces séances vous ont apporté quelque chose par rapport aux problématiques que vous rencontrez en dehors ?

La coupure des rumination par l'absorption à ce que j'y ai fait et donc le "détachement" pendant les séances.

14. Quels autres commentaires sur ces séances d'art-thérapie voulez-vous partager ?

La bonne humeur apportée dans le groupe était agréable comme les exercices proposés.

15. Dans quelle mesure est-ce que cela vous a donné envie de continuer certaines pratiques seul(e) ?

Dans la mesure où je cherche à m'occuper l'esprit dans certains moments et que les exercices d'art-thérapie peuvent y contribuer.

16. Suite à ces séances, qu'aimeriez-vous mettre en place par la suite ?

J'aimerais participer à un groupe plus soutenu qui aurait aussi plus d'exigences pour progresser dans les domaines du dessin et de l'écriture.

Ces séances m'ont conforté dans cette idée. J'ai des adresses comme l'ACERMA de PARIS que j'aimerais essayer. Encore faut-il se lancer!!!

Annexe E – Exemples de créations par Mme A



Annexe F – Exemples de créations par M. V



Annexe G – Exemple de création par M. V en groupe



Annexe H – Exemples de créations par M. J



Art-thérapie et trouble de l'usage de l'alcool, accompagner les patients par les arts-plastiques et l'écriture - Expérience en Hôpital de jour au sein de la Clinique des Epinettes

Résumé : Pour accompagner les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, de nombreuses dimensions sont à prendre en compte. Une prise en soin pluridisciplinaire permet d'aider ces patients avec une approche médico-psycho-sociale.

Nous avons mené cette étude au sein de l'hôpital de jour de la Clinique des Epinettes. L'objectif était d'observer en quoi l'art-thérapie, par les arts plastiques et l'écriture, permet d'aider les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool à améliorer leur estime de soi pour aller vers un mieux-être et une meilleure qualité de vie.

Après avoir présenté la pathologie et l'art-thérapie, nous détaillons la stratégie art-thérapeutique mise en place, et les grilles scientifiques sur lesquelles nous basons notre travail. Nous analysons ensuite 3 études de cas issues de cette expérience, en présentant les séances et les résultats. Enfin, dans la discussion, nous détaillons les bénéfices de cette étude, les limites, ainsi que le cadre conceptuel de l'art-thérapie et la posture de l'art-thérapeute.

L'enjeu de cette étude est d'étudier les différents apports que permet l'art-thérapie, en s'intégrant dans le projet de soin global de l'équipe pluridisciplinaire.

Mots clés : Addiction, Addictologie, Alcool, Art-thérapie, Arts plastiques, Dépendance, Ecriture, Estime de soi, Trouble de l'usage de l'alcool

Art therapy and alcohol use disorder, supporting patients through visual arts and writing - Experience in a day hospital at "Clinique des Epinettes"

Abstract: To support patients with an alcohol use disorder, many dimensions must be taken into account. Multidisciplinary care helps these patients with a medico-psycho-social approach. We conducted this study within the Clinique des Epinettes day hospital. The objective was to observe how art therapy, through visual arts and writing, helps patients with an alcohol use disorder to improve their self-esteem to go towards well-being and a better quality of life.

After presenting the pathology and art therapy, we explain the art-therapeutic strategy, and the scientific grids on which we base our work. We then analyze 3 case studies from this experience, presenting the sessions and the results. Finally, in the discussion, we detail the benefits of this study, the limits, as well as the conceptual framework of art therapy and the posture of the art therapist.

The challenge of this study is to study the different contributions made by art therapy, integrating it into the overall care project of the multidisciplinary team.

Keywords: Addiction, Addictology, Alcohol, Alcohol use disorder, Art therapy, Dependence, Self-esteem, Visual arts, Writing