

UNIVERSITE de POITIERS

Faculté de Médecine & de Pharmacie

6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

L'ART-THERAPIE AUDIOVISUELLE

EN ADDICTOLOGIE

le montage vidéo, un outil pour accompagner les patients
souffrant d'alcoolodépendance

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

présenté par Amélie RAGUENES

Année 2018

Sous la direction de

Monsieur Frédéric PINTON

Psychiatre Addictologue

Référents universitaires

Monsieur Jean-Jacques GIRAUD

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers
en qualité de directeur pédagogique

Monsieur Benoît PAIN

en qualité de référent pédagogique

Lieu de stage

La Gandillonnerie
Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
spécialisé en Addictologie
86350 PAYROUX

UNIVERSITE de POITIERS

Faculté de Médecine & de Pharmacie

6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

L'ART-THERAPIE AUDIOVISUELLE

EN ADDICTOLOGIE

le montage vidéo, un outil pour accompagner les patients
souffrant d'alcoolodépendance

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

présenté par Amélie RAGUENES

Année 2018

Sous la direction de

Monsieur Frédéric PINTON

Psychiatre Addictologue

Référents universitaires

Monsieur Jean-Jacques GIRAUD

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers
en qualité de directeur pédagogique

Monsieur Benoît PAIN

en qualité de référent pédagogique

Lieu de stage

La Gandillonnerie
Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
spécialisé en Addictologie
86350 PAYROUX

PLAN	
REMERCIEMENTS	3
PREAMBULE	4
PARTIE I INTRODUCTION	5
1.1 Pathologie étudiée : l'alcool-dépendance	5
1.1.1 Définitions et contexte théorique	5
1.1.2 L'approche bio-psycho-sociale pour comprendre	6
1.1.3 L'approche bio-psycho-sociale pour soigner	8
1.2 Technique artistique utilisée : « L'art audiovisuel »	9
1.2.1 Le montage, la finalité de l'œuvre cinématographique	9
1.2.2 L'apport de l'audiovisuel dans le soin	10
1.2.3 En art-thérapie	10
1.3 Application de l'art-thérapie en addictologie	11
1.3.1 Notre définition de l'art-thérapie	11
1.3.2 L'art-thérapie audiovisuelle en Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie	11
PARTIE II MATERIELS ET METHODES	13
2.1 MATERIELS	13
2.1.1 La Gandillonnerie : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie pour malades alcooliques	13
2.1.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique	15
2.1.3 Schémas utilisés	16
2.1.3.1 Création de notre propre échelle	16
2.1.3.2 Choix des items et création de la grille d'évaluation	17
2.1.3.3 Auto-évaluation du patient chaque séance	18
2.1.4 Choix des patients pour l'étude	18
2.1.5 Stratégies thérapeutiques	18
2.1.5.1 Le travail avec l'équipe pluridisciplinaire	19
2.1.5.2 Champ artistique et matériel	19
2.1.5.3 Besoins des patients	20
2.1.6 Durée de la recherche	21
2.1.7 Retombées attendues	21
2.1.8 Organisation des séances	21
2.1.9 Evaluation de la prise en soin	22
2.2 METHODES	22
2.2.1 Monsieur C.	23
2.2.1.1 Présentation du patient	23
2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques	24
2.2.1.3 Séances d'art-thérapie	24
2.2.2 Madame Ch.	26
2.2.2.1 Présentation de la patiente	26
2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques	28
2.2.2.3 Séances d'art-thérapie	28
2.2.3 Monsieur H.	30
2.2.3.1 Présentation du patient	30
2.2.3.2 Objectifs thérapeutiques	31
2.2.3.3 Séances d'art-thérapie	31
2.2.4 La notion d'élément déclencheur	33
2.2.5 Les actes techniques	33

PARTIE III RESULTATS	33
3.1 Monsieur C.	34
3.1.1 Echelle scientifique	34
3.1.2 Grilles d'évaluation des séances et items scientifiques personnalisés	35
3.1.3 Auto-évaluation	37
3.1.4 Bilan	38
3.2 Madame Ch.	40
3.2.1 Echelle scientifique	40
3.2.2 Grilles d'évaluation des séances et items scientifiques personnalisés	41
3.2.3 Auto-évaluation	43
3.2.4 Bilan	43
3.3 Monsieur H.	45
3.3.1 Echelle scientifique	45
3.3.2 Grilles d'évaluation des séances et items scientifiques personnalisés	46
3.3.3 Auto-évaluation	48
3.3.4 Bilan	48
PARTIE IV DISCUSSION	51
4.1 Les apports de l'étude	51
4.1.1 Apport en addictologie	51
4.1.2 Apport pour l'art-thérapie	53
4.2 Limites de l'étude	54
4.3 Perspectives	57
4.3.1 D'autres traits à évaluer	57
4.3.2 Pour aller plus loin : l'atelier cinéma	58
4.4 Cadre conceptuel de l'art-thérapie	59
4.5 Posture soignante : humilité et complémentarité	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
WEBOGRAPHIE	67
GLOSSAIRE	68
ANNEXES	71
ANNEXE A : Le circuit dopaminergique	71
ANNEXE B : Echelle scientifique d'auto-évaluation du patient	72
ANNEXE C : Grille d'évaluation et ses items	74
ANNEXE D : Auto-évaluation du patient à chaque fin de séance	75
ANNEXE E : Supports artistiques proposés aux patients	75
ANNEXE F : Modèle de papier de rendez-vous	76
ANNEXE G : Autorisation d'utilisation des œuvres	76
ANNEXE H : Document remis au patient à la fin de la prise en soin	77
ANNEXE I : Exemples de captures d'écran de la table de montage lors des réalisations des patients	78
ANNEXE J : DVD des réalisations des patients	79
ANNEXE K : Liste des actes techniques réalisés par les patients au moyen des logiciels	79
ANNEXE L : Liste des musiques écoutées	80

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout particulièrement :

Le Professeur Jean-Jacques Giraud et Monsieur Benoît Pain pour la qualité de leur enseignement.

L'ensemble des intervenants du Diplôme Universitaire d'art-thérapie de Poitiers pour la transmission de leurs expériences.

Le Docteur Frédéric Pinton, pour sa disponibilité et son intérêt envers ce travail.

Monsieur Michel Jarassier et Lydie pour leur chaleureux accueil.

Tous les professionnels de la Gandillonnerie qui m'ont donné une place dans l'équipe et qui ont facilité la réalisation de cette étude.

Les patients qui m'ont accordé leur confiance.

Mme Sophie Cyr, psychologue et amie, pour nos échanges passionnants et son regard toujours pertinent.

Greg, Sylvaine, Ronan, tous mes proches pour leurs encouragements.

PREAMBULE

C'est le cinéma qui, en quelque sorte, nous a portée vers notre premier métier. En effet, c'est en visionnant le film « Se souvenir des belles choses » (Breitman, 2001), dans lequel l'orthophoniste d'un hôpital de jour utilise le chant auprès des patients amnésiques, que nous avons trouvé notre voie.

Après l'obtention de notre Certificat de Capacité d'Orthophonie, nous avons intégré pendant 6 ans un Institut d'Education Motrice (IEM*) accueillant des enfants, adolescents et jeunes adultes porteurs d'un handicap moteur et de troubles associés. C'est dans cet établissement que s'est révélée notre appétence envers le travail en équipe.

Malheureusement, le mot « orthophonie » signifie étymologiquement « parler droit ». Personnellement, au-delà d'un objectif de normalité, nous sommes plutôt intéressée par cette question : comment soutenir le développement d'autres langages, d'autres moyens de communiquer et de se raconter ?

Afin de proposer l'accès à l'art aux jeunes et aussi de nous évader de notre fonction traditionnelle, nous avons proposé à la direction et mis en place un atelier « court-métrage », en partenariat avec notre collègue enseignante. Cet atelier était dit « transversal » puisqu'il rassemblait des professionnels paramédicaux, éducatifs et de l'éducation nationale. Il était question de sortir les adolescents du contexte parfois pressurant de la séance d'orthophonie ou de la salle de classe. C'était leur permettre un lâcher prise, leur offrir un moyen de montrer une autre image d'eux-mêmes, sans enjeux, si ce n'est le plaisir et la joie d'une réalisation en groupe.

S. et J. étaient référents du « clap », D. s'intéressait au montage, C. maquillait, E. pouvait enfin tenir le rôle d'une princesse... chacun avec sa place, peu importe ses capacités et la teneur du handicap.

S.-L., atteinte de traits psychotiques, avait toujours entretenue avec nous une relation compliquée à l'IEM*, sauf dans le cadre de cet atelier. Les retours des jeunes, des collègues, des familles ont été très positifs. Nous sentions qu'il y avait eu des effets thérapeutiques. Cet accompagnement fut sans doute un peu de l'art-thérapie, mais il n'a pas été objectivé.

C'est pourquoi nous sommes venue chercher des outils et une légitimité à la pratique de l'association de l'art et du soin en choisissant le Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, afin de poursuivre ce projet.

La pratique du montage vidéo est notre passion personnelle. Nous avons déjà pu mettre en évidence la richesse offerte par l'outil informatique lors d'une recherche : la rédaction du mémoire de fin d'études en orthophonie. Toutefois, l'apport de l'art rend cette nouvelle expérience complètement nouvelle.

L'orientation de notre travail ici provient d'une part du désir de sortir de notre zone de confort en découvrant un domaine complètement inconnu pour nous, d'autre part de l'intérêt de mettre en lumière une pathologie et un outil encore peu développés en art-thérapie.

Dans l'exposé à suivre, 3 études de cas seront développées selon le plan IMRAD* afin de mesurer la pertinence d'un accompagnement art-thérapeutique utilisant l'audiovisuel en addictologie.

PARTIE I INTRODUCTION

1.1 Pathologie étudiée : l'alcool-dépendance

1.1.1 Définitions et contexte théorique

« Addiction », « dépendance », « toxicomanie », « abus de substances psychoactives* » ou de « psychotropes* »... la sémantique clinique est en constant changement sous l'influence de la société, des avancées médicales, et les professionnels ne sous-entendent pas tous le même sens derrière chaque mot (Rolland & Benzerouk, 2016).

L'addictologie est la science qui étudie les phénomènes de dépendance, dénomination référente que l'on doit à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*) depuis 1964, c'est-à-dire le rapport pathologique qu'un sujet entretient avec une substance ou un comportement.

Selon certains auteurs, les concepts d'« addiction » et de « dépendance » sont à dissocier en termes de processus cliniques et pharmacologiques. Nous retiendrons la définition des classifications CIM 10* et DSM 5*. La dépendance se caractériserait par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement (destiné à procurer du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne) ainsi que par la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Les professeurs Michel Reynaud et Michel Lejoyeux, tous deux psychiatres-addictologues, nous racontent que l'addictologie (qui a pris la suite de « l'alcoologie ») est une discipline dont on parle beaucoup actuellement notamment avec l'arrivée des addictions comportementales (sans produit) telles que l'anorexie/boulimie, l'addiction sexuelle, l'addiction au sport, au travail, le jeu pathologique ou les achats compulsifs (Reynaud, 2009). Elle est transdisciplinaire, requérant l'intervention de nombreuses spécialités : psychiatres, neurologues, gastro-entérologues, mais aussi métiers des secteurs psychosociaux et paramédicaux (Lejoyeux, 2017).

Il existe 3 groupes de substances psychoactives* : les drogues, les médicaments et les produits licites. Elles peuvent être classées en trois catégories selon les effets cliniques :

- les perturbateurs (hallucinogènes*),
- les stimulants/excitants (cocaïne, café, antidépresseurs etc.),
- les dépresseurs (alcool, cannabis, anxiolytiques* notamment les benzodiazépines*).

Nous allons au cours de ce travail nous intéresser à cette dernière catégorie et particulièrement au cas de l'alcool et son paradoxe entre danger et légalisation ; une boisson qui dans nos sociétés tient une place importante lors de nombreux événements de la vie et de rencontres sociales (de Timary, 2016). Elle est de loin la substance psychoactive* la plus consommée en France et compte 3,4 millions de consommateurs à problème ou à risque de dépendance (Valleur et Caria, 2016).

Pierre Fouquet, médecin, père de l'alcoologie française, fondateur de la SFA* (Société Française d'Alcoologie) donna cette fameuse définition du malade alcoolique comme « celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire » (Fouquet, 1951), faisant écho à l'étymologie

latine du terme ad-dicere signifiant « dire à », référence à l'esclave redevable envers son maître.

L'alcool-dépendance est une maladie, avec ses causes et ses manifestations biologiques et comportementales. Elle « n'est pas une défaillance de la volonté ni un signe de faiblesse de caractère mais une perturbation cérébrale d'ordre médical, susceptible de toucher n'importe quel être humain [...] tout autant un dysfonctionnement du cerveau que n'importe quelle autre maladie neurologique ou psychiatrique » (*rapport de l'OMS**, 2004).

De la simple recherche de plaisir à la maladie, la « dynamique de la dépendance », comme l'appellent les experts, évolue de la manière suivante : la phase expérimentale (ou « usage ») puis l'usage récréatif (« mésusage ») puis l'usage abusif (« abus ») et enfin la dépendance.

Comment un individu peut-il en arriver là ? Nous devons au psychiatre Claude Olievenstein le modèle dit « bio-psycho-social » des addictions qui fait aujourd'hui consensus.

1.1.2 L'approche bio-psycho-sociale pour comprendre

Les facteurs de vulnérabilité :

Toutes les conduites addictives partagent les mêmes facteurs de risques. Il est question d'un triple carrefour : celui d'un produit, d'une personnalité, à un moment de la vie. Il existe donc des interactions entre des facteurs liés à la substance, d'autres qui sont individuels et des facteurs environnementaux.

Les conséquences

Les neurobiologistes nous aident à comprendre la dépendance psychique, l'envie irrésistible, la première à arriver. Il s'agit du déséquilibre permanent du système de récompense, circuit naturel destiné à nous procurer un plaisir cérébral en libérant de la dopamine*. Toutes les substances psychoactives* augmentent anormalement ce neurotransmetteur dans des régions précises de notre cerveau, c'est le circuit dopaminergique. (ANNEXE A)

La dépendance physique renvoie quant à elle au besoin entraînant l'apparition de signes cliniques graves constituant l'état de manque* lors du sevrage* (Lejoyeux & Embouazza, in Lejoyeux, 2013).

Enfin, il est question d'une perte de contrôle de l'usage au détriment du reste de sa vie personnelle, professionnelle et sociale (Klingemann, OMS*, 2001). L'entourage représente à la fois une menace (recherche du produit lors d'un état de manque* auprès d'individus habituels) et un territoire de conflits et de séparations, de pertes successives car les proches devenus parfois co-dépendants n'ont plus confiance. Les sanctions dans le monde du travail allant jusqu'au licenciement mènent souvent à la précarité et la désocialisation. La justice doit parfois poser de lourdes limites en cas de dérives plus ou moins graves (retrait de permis, de la garde des enfants, emprisonnement).

Nombreuses sont les caractéristiques énumérées pour décrire la personne alcool-dépendante. Dans ce travail, nous avons souhaité nous intéresser à 6 traits particuliers.

- l'anxiété

La co-occurrence* entre conduites addictives et pathologies psychiatriques est importante. Les troubles le plus souvent associés aux addictions, qu'ils soient primaires ou secondaires, sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires et notamment la manie, les pathologies anxieuses, la schizophrénie et enfin certains troubles de la personnalité. (Reynaud, 2009). Près de 10 % des alcooliques présentent un trouble anxieux (contre une prévalence de 3,7 % dans la population générale).

- la perte de l'estime de soi

La dépendance alcoolique détruit très efficacement et pour longtemps cette estime. Un sentiment répandu chez ces patients, déconsidérés par le regard social, est le sentiment d'infériorité (Gomez, 2011). Le sentiment de honte est également intrinsèque à la problématique alcoolique, encore plus flagrant chez les femmes (Monjauze, 2011). Selon Jean Maisondieu (1992, *Les alcooléens*, p.19) racontant les personnes alcoolo-dépendantes comme des êtres en soif de considération, « s'il n'y avait pas la honte, il n'y aurait pas d'alcoolisme ».

- la composante émotionnelle

La personne alcoolo-dépendante est décrite comme une personne démunie face à ses émotions, en difficulté pour les comprendre ou les gérer (de Timary, 2016). L'alexithymie*, étymologiquement « l'absence de mots pour exprimer les émotions », a été définie par Peter Sifneos en 1973. Selon certains auteurs, elle serait une caractéristique psychologique prédisposant à l'alcoolisme et il existerait une relation négative entre alexithymie* et maintien de l'abstinence*. L'alexithymie* pourrait être une condition de vulnérabilité aux addictions et expliquerait la genèse du passage à l'acte, pour autant la question n'est pas définitivement résolue (Farges & Farges, 2002). Une étude a montré que les sujets abstinents récents ne présentent plus de déficit de conscience émotionnelle (depuis le sevrage) mais conservent une difficulté à exprimer leurs sentiments par rapport aux participants témoins (Bochand & Nandrino, 2010).

- la motivation au changement

Le désir de changer est essentiel pour rendre la démarche thérapeutique possible. Le concept complexe de motivation prend une place centrale dans la problématique addictive mais est malheureusement souvent résumé à une question de volonté (De Saint Aubert & Sgard, 2013). La SFA* recommande des interventions de type motivationnel dans l'accompagnement des patients alcoolo-dépendants (ANAES* 2001 in Lacoste et al, 2011). Cette thérapie a pour objectif l'étayage du patient dans son ambivalence. Elle vise à mobiliser son engagement, et préparer le changement de son comportement. Pour cela, des références théoriques et leurs outils font consensus : l'approche appelée « entretien motivationnel » (Miller & Rollnick, 2002 ; 2006 in De Saint Aubert & Sgard, 2013) et le modèle du changement intentionnel de comportement (Prochaska et DiClemente in De Saint Aubert & Sgard, 2013).

- imaginaire et plaisir

Selon certains auteurs, la limitation de la vie imaginaire fait aussi partie de la composante alexithymique* (Sifneos, 1973 in Farges & Farges, 2002), mais trouve en ce sens son fondement dans l'étude des rêves des sujets (Taylor, 1997 in Farges & Farges, 2002). Le fonctionnement imaginaire pauvre est bien un trait caractéristique de la personne souffrant de dépendance, faisant partie des critères diagnostique de la CIM 10* (in HAS*, 2014) : « abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive ».

-une faille de la capacité de représentation

« Les représentations ont la fonction d'assurer la continuité de notre vie psychique ». (Monjauze, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, 2011, p. 89). Les personnes alcoolo-dépendantes souffriraient d'une incapacité à se représenter l'objet absent. Aussi, ils auraient des difficultés à anticiper et se représenter les changements, notamment les étapes du parcours de soins dans sa séquence logique des lieux et sa temporalité.

1.1.3 L'approche bio-psycho-sociale pour soigner

Une approche globale et multidisciplinaire : bio-un corps à désintoxiquer ; psycho-un esprit à apaiser ; social-un contexte de vie à reconstruire.

Du fait de la mémoire cellulaire du produit, le seul traitement de cette maladie est le sevrage* total et définitif. Le maintien de l'abstinence* est considéré non pas comme un but mais comme un moyen d'atteindre au mieux l'objectif de l'amélioration de la qualité de vie. D'abord l'alcool quitte le corps, puis après il quitte la tête.

Le parcours de soin : jusqu'à il y a quelques années, la prise en charge s'articulait en « pré-cure », « cure » et « post-cure ».

La pré-cure et ses premiers entretiens ont pour but d'établir une relation de confiance et susciter une prise de conscience (lien notamment avec les CSAPA*).

La cure, dans un service d'alcoologie, va permettre une rupture temporaire avec le milieu habituel du malade. L'urgence est le sevrage* physique, total et immédiat, ainsi que le traitement de ses conséquences somatiques entre autres par la prescription de médicaments psychotropes* sédatifs (benzodiazépines*). Cependant, les doses suffisantes pour atténuer les signes de sevrage* sont souvent inefficaces pour réduire le « *craving* * ». Le traitement consiste alors en une prescription de médicaments spécifiques (naltrexone®, acamprosate®) (Fatséas & Auriacombe in Lejoyeux & al., 2017).

Aujourd'hui, le terme « post-cure » n'est plus d'actualité. Les patients sont accueillis en Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR*) ou en Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie (CSSRA*). Le sevrage n'est pas toujours effectué complètement à l'entrée dans ces centres. Le séjour en CSSRA* permet une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile par un suivi médical, psychologique, éducatif et social, et un retour progressif à la vie en groupe visant la réinsertion et le retour à l'autonomie. Il s'agit d'un

moment difficile présentant les objectifs suivants : le maintien de l'abstinence*, la dédramatisation d'éventuelles rechutes* et la poursuite de l'accompagnement des complications somatiques et psychiques persistantes. Des traitements médicamenteux seront administrés au besoin et dans un but de diminution progressive, notamment des anxiolytiques* et des antidépresseurs.

Lors des différentes étapes de ce cheminement, l'étayage par les traitements sera complété par des psychothérapies et des thérapies non-médicamenteuses : entretiens psychologiques individuels, thérapies cognitivo-comportementales (TCC*), entretien motivationnel (cf précédemment), sophrologie etc...

1.2 Technique artistique utilisée : « L'art audiovisuel »

1.2.1 Le montage, la finalité de l'œuvre cinématographique

Le cinéma est un art, le 7^{ème} art. L'association d'images et de sons fait de lui un art dit « audiovisuel ». Un film naît d'une intuition, d'une envie. Il se prépare, se fabrique, se distribue, meurt ou devient parfois le reflet d'une époque. L'idée se transforme en projet, le projet en film destiné à être partagé (Rousset-Rouard, 2018). Du scénario à la post-production, en passant par les repérages et le tournage des prises de vue et de sons, des étapes se succèdent et nécessitent des techniques et des outils afin que l'œuvre prenne corps (Pinel, 2017). La réalisation d'un film requiert la présence d'une équipe constituée d'un nombre considérable de métiers organisés par une hiérarchie précise et dont le rôle singulier est indispensable.

Il s'agit ici d'évoquer particulièrement le montage, une des dernières étapes du processus-film : d'une part parce qu'il regorge de richesses thérapeutiques, d'autre part car c'est la technique vers laquelle ont été le plus attiré les patients parmi les pratiques audiovisuelles proposées. Il est donc la pratique artistique retenue et étudiée dans cette étude.

Le montage vidéo, c'est quoi ? On le définit couramment comme l'organisation des plans d'un film dans certaines conditions d'ordre et de durée. Il caractérise au plus intime le style, la personnalité et le propos de chaque réalisateur. Il bouleverse les pratiques esthétiques jusque dans la perception du film par le spectateur. Les images et les sons enregistrés au cours du tournage se présentent sous la forme de fragments isolés à sélectionner et ordonner afin de créer le film destiné au public. Le montage est alors l'opération de synthèse des éléments, ultime étape du processus artistique (Pinel, 2017). Les fonctions :

- sélection des prises de vue,
- mise en place des plans dans un ordre particulier,
- choix du mode de transition (coupe franche, fondu...),
- découpage de la durée,
- rythme des scènes (modulation de la vitesse),
- mixage des bandes sonores,
- synchronisation harmonieuse des éléments visuels et sonores.

C'est par la finalité de la succession de ces tâches que le monteur, sous la direction du réalisateur, va concrétiser et donner tout son sens à l'histoire de l'œuvre cinématographique.

1.2.2 L'apport de l'audiovisuel dans le soin

Pour l'équipe / l'institution :

Depuis des années, les services hospitaliers se sont équipés de la vidéo non seulement pour voir des documents, mais aussi pour en réaliser (Bléandonu, 1986). Il s'agit aussi d'un support pour l'enseignement des soignants (Veyrat & Klotchkoff, 2009), un moyen de *feedback** développé au sein des équipes pluridisciplinaires pour l'analyse de la pratique. Les professionnels de l'autisme notamment en ont fait aussi un outil précieux d'évaluation.

Pour le patient :

Le champ médical qui a vu se développer précocement l'utilisation de l'audiovisuel auprès des patients est la psychiatrie (Bléandonu, 1986), et nous espérons qu'il s'étende à l'avenir à d'autres spécialités. Il existe peu d'ouvrages sur le sujet, ce que déplorent Joshua L. Cohen et J. Lauren Johnson dans leur ouvrage : « *Video and Filmmaking as Psychotherapy : Research and Practice* » (in Winter, 2015).

Deux formes d'utilisation du 7^{ème} art dans le soin s'offrent à nous :

-le cinéma thérapeutique ou vidéothérapie : une approche qui prescrit le visionnage de films afin d'établir des identifications, des métaphores et des modèles comportementaux dans un but thérapeutique.

-la création thérapeutique de film : réelle distinction avec la technique précédente, celle-ci consistant à réaliser des films avec les patients. Si les interactions entre psychologie et cinéma existent depuis longtemps, la création de films avec les patients est plus rare et novatrice.

1.2.3 En art-thérapie

Les techniques du cinéma sont le plus souvent classées dans « arts de l'image » ou « arts visuels ». L'utilisation de la vidéo est encore « marginale » en art-thérapie comme le raconte Sonia Winter (2015). Une psychologue américaine a lancé un modèle qu'elle appelle « creative video therapy » et qui utilise la création vidéo dans des ateliers d'art-thérapie avec des groupes d'adolescents (Gardano, 1994 in Winter, 2015). Cette technique, évoluant avec son temps, doit être actuellement en train de se développer mais il y a peu de publications. Malgré son accès de plus en plus facile (grâce aux nouvelles technologies), les besoins matériels, les connaissances et conditions techniques élaborées nécessaires seraient en partie la cause de cette rareté (Giraud in Hamel & Labrèche, 2010).

1.3 Application de l'art-thérapie en addictologie

1.3.1 Notre définition de l'art-thérapie

L'art-thérapie est souvent définie comme « une démarche d'accompagnement d'une personne ou d'un groupe centrée sur l'expression de soi, de ses pensées, émotions et conflits dans un processus de création artistique » ; l'utilisation d'une technique artistique dans un but d'apaisement de ses difficultés (Hamel & Labrèche, *Découvrir l'art-thérapie*, 2010, p.23-24).

Il est difficile de trouver LA bonne définition car définir l'art-thérapie dépend à la fois du type de patient et de ses souffrances, mais aussi de la technique artistique utilisée et enfin du parcours de formation de l'art-thérapeute.

Nous pensons que l'art est un moyen d'entrer en relation et que l'art-thérapie a pour intention de faire avant tout une belle rencontre. C'est aider la personne à révéler une créativité enfouie, des compétences déjà possédées mais dont elle ignore encore la teneur. C'est lui offrir un cadre d'accueil et de transmission des émotions qui lui permette d'être complètement elle-même et laisser une trace unique qui ne ressemblera à celle de personne d'autre.

L'art-thérapeute a le privilège de pouvoir, dans son accompagnement paramédical, utiliser la pratique artistique qui le passionne, celle qu'il maîtrise, mais il a le devoir de se surpasser, de toujours se former, cela afin de rendre l'art accessible et réaliser les rêves du patient. Son objectif est de trouver les moyens techniques permettant de rendre concret l'imaginaire de la personne, tout en veillant à sa posture de soignant et non de professeur ou d'animateur.

Selon Angela Evers, « la thérapie aide à sortir du rôle de victime ou de spectateur pour devenir acteur ; elle invite aussi à accepter ce qui est et qui ne peut être changé [...] elle permet de puiser si possible de la force dans les traumatismes vécus pour les recycler vers quelque chose de positif et d'essayer de faire renaître la confiance dans ses propres ressources [...] » (2015, *Le grand livre de l'art-thérapie*, p.XV).

Dans le cadre de notre expérience, relatée au sein de cet écrit, nous avons considéré le patient comme l'unique créateur/le réalisateur, l'art-thérapeute se positionnant comme le partenaire soignant dont la fonction est de remplir la boîte à outils au sein d'un espace destiné à élaborer, symboliser, représenter.

Enfin, seule l'individualité du patient doit apparaître. L'art-thérapeute doit quant à lui, avec beaucoup d'humilité, s'inscrire dans une démarche d'équipe, interagissant avec les autres supports thérapeutiques et les autres professionnels.

1.3.2 L'art-thérapie audiovisuelle en Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie (CSSRA*)

Un récent rapport de la revue *Alcoologie et Addictologie* de la SFA* a mis en exergue la place des interventions non pharmacologiques et non psychothérapeutiques, dont l'art-

thérapie (Aubin & al., 2015). Ils déplorent le manque de publications, à l'heure actuelle, sur l'efficacité de ces méthodes en termes de prévention de la rechute*. Toutefois, l'équipe de spécialistes aux commandes de cet article insiste sur l'importance des activités de créativité auprès de ces patients démunis au fil du temps des différentes sources de plaisir et des habitudes autres que l'alcool. Ils ajoutent que cet accompagnement a aussi un impact sur les comorbidités psychiatriques tel le trouble anxio-dépressif associé. Enfin, l'art-thérapie améliorerait l'engagement du patient envers d'autres thérapies, ainsi que la restauration narcissique, l'autonomisation, la verbalisation des affects, la resocialisation. La personne doit désapprendre ses comportements conditionnés par la consommation d'alcool afin de découvrir son potentiel créatif hors alcool. Le soignant quant à lui doit l'aider à se projeter en avant, achever ce qui a été commencé et regarder les résultats d'un œil objectif et non pessimiste (Gomez, 2011). A la différence de l'alcool qui disparaît sans cesse en étant absorbé, l'œuvre créée reste palpable, étayant les difficultés de représentation du patient alcoolique (Monjauze, 2011). La pratique artistique encadrée par un art-thérapeute aiderait une personne dépendante à gérer un *craving**, diminuant ainsi les risques de rechute* car elle permettrait au patient de mieux reconnaître ses émotions et modifier les actions qui en découlent habituellement (Ludwiczak in Hamel & Labrèche, 2010).

Pour revenir précisément à notre champ artistique, il est connu dans la littérature que la vidéothérapie est un outil pertinent en alcoologie. On propose aux patients des séances de cinéma suivies de discussions, en groupe ou en individuel. Les films proposés ne traitent pas nécessairement directement de la problématique alcoolique. En revanche, ils sont sélectionnés en fonction de leur capacité à faire penser, à échanger et de leur force suggestive. Ces supports contribuent à développer l'imaginaire du patient en démarche de soin. Ils favorisent le partage de références culturelles et symboliques, soutenant la relation d'aide (Gomez, 2016).

Nous venons de voir qu'il est important de proposer aux patients de la créativité, une créativité sans alcool. **Nous proposons ici de suivre le lien thérapeutique qui unit le 7^{ème} art et l'addictologie tout en allant plus loin : la création de petits films. Le patient-spectateur pourrait devenir patient-réalisateur.** Malgré ce qui a été mis en évidence plus haut, il nous est arrivé de lire ou entendre parfois un discours pessimiste quant à une intervention art-thérapeutique dans le cadre de l'addictologie, notamment à cause du phénomène de rechute* (appelé aussi « réalcoolisation », nouvelle dénomination moins négative). Nous proposons alors d'émettre un autre regard, une hypothèse de soutien dans le cadre du CSSRA*. En effet, cette phase du parcours de soin en alcoologie est marquée par sa fonction du maintien de l'abstinence*. Rechuter, c'est régresser à l'un des stades antérieurs. Ce n'est pas échouer de façon définitive. Plusieurs tentatives sont parfois nécessaires afin de parvenir à un changement durable. Ces essais forment un apport d'expériences et de progression (De Saint Aubert & Sgard, 2013), comme l'amélioration du niveau de conscience (*insight**). A l'origine, les chercheurs avaient remarqué que le niveau de l'*insight* pouvait prédire une absence d'observance* et les rechutes* ultérieures. De nos jours, ces questions sont toujours d'actualité (Jaafari & Dauga, 2012).

Le montage vidéo étant la phase de représentation du déroulement d'un projet audiovisuel, l'idée devenue réalité dans la table de montage créatrice (représentation faisant défaut au patient alcoololo-dépendant), **il pourrait probablement s'avérer être un étayage à la prise de conscience du trouble parmi les autres soutiens du parcours de soin.**

De plus, pendant cette phase de maintien de l'abstinence* qu'offre le CSSRA*, le travail des soignants consistent aussi en **l'accompagnement des difficultés comorbides persistantes** telles que l'anxiété (De Saint Aubert & Sgard, 2013). L'art-thérapie et ses bienfaits auraient alors toute leur place.

Il ne s'agit pas dans ce travail de prétendre agir directement sur l'alcoololo-dépendance mais de mettre en place et évaluer un accompagnement visant à soulager au mieux certaines conséquences qu'elle engendre.

Avec humilité, guider, en collaboration avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, le patient dans les étapes de son cheminement thérapeutique.

Nous allons donc étudier si le processus créatif mis en œuvre dans nos séances d'art-thérapie peut s'avérer être un soin de qualité approprié aux patients souffrant d'alcoololo-dépendance au sein de leur parcours visant le maintien de l'abstinence*.

PARTIE II MATERIELS ET METHODES

NB : tout au long de notre présentation, la locution « prise en soin » sera régulièrement remplacée par l'acronyme PES.*

2.1 MATERIELS

2.1.1 La Gandillonnerie : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie pour malades alcooliques

Il s'agit d'un établissement de 70 lits, ouvert aux hommes et aux femmes désirant rompre avec la dépendance. Cette rupture passe par un retour à un équilibre physique et psychique ainsi qu'une prise de conscience et acceptation de la dépendance à l'alcool et autres substances psychoactives*, et enfin l'élaboration d'un nouveau projet de vie. Le traitement de la personne est envisagé dans sa globalité (dimensions physique, psychique et sociale) dans le but d'un maintien de l'abstinence* destiné à l'amélioration de la qualité de vie. La durée est de 90 jours sauf sortie prématurée (contre avis médical, sur demande de l'équipe ou en cas de rupture de contrat).

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont les suivants : un directeur, un personnel administratif, trois médecins dont un médecin-chef psychiatre-addictologue, une pharmacienne, une psychologue, une assistante sociale, une secrétaire médicale, un cadre infirmier, des infirmiers, des aides-soignants, des moniteurs d'atelier et d'autres professions vacataires (socio-esthéticienne*, coiffeuse et kinésithérapeute).

Les soins proposés au sein de la structure font consensus dans le domaine de l'addictologie.

La prise en charge médicale

A l'entrée : poursuite du traitement médicamenteux lié au sevrage* (déjà effectué ou en cours), puis suivi régulier et adaptation du traitement d'aide au maintien de l'abstinence* et autre pharmacopée individuelle du patient.

Les axes pour la thérapie

- Les ateliers thérapeutiques obligatoires (lingerie, ménage, jardin, confection, maintenance, cuisine, cafétéria). Il s'agit d'une réadaptation à une vie socio-professionnelle.
- Le suivi psychothérapeutique individuel ou en groupe (groupes de parole obligatoires, mais aussi « groupe parents », « groupe femmes », « groupe addictions », « coaching tabac »).
- Les réunions obligatoires : réunions d'informations sur la maladie, vidéothérapie, intervention des mouvements d'entraide (comme les Alcooliques Anonymes).
- Des activités thérapeutiques complémentaires sur inscription : « terre et peinture », « approche sensorielle du goût », conseil en image, sophrologie, AECV*, photo, *mindfulness**.
- Des activités de loisirs : bibliothèque, cinéma, salle de sport, randonnée.
- Le stage de préformation socio-professionnelle : le 3ème mois de cure, les patients intéressés et motivés ont la possibilité de suivre tous les matins ce stage qui a lieu dans un Centre AFPA*.

Zoom particulier sur la vidéothérapie et l'auditorium

Le CSSRA* est équipé d'un magnifique auditorium* où se déroulent les réunions d'informations et bien sûr la vidéothérapie. Ces séances de vidéothérapie consistent soit en la projection de films commerciaux « grand public » ayant trait à la dépendance ou de cassettes/DVD* sur l'addictologie, soit au visionnage de programme thérapeutique comme le programme PHARES* basé sur les TCC*. En fin de projection, une réflexion est obligatoirement réalisée.

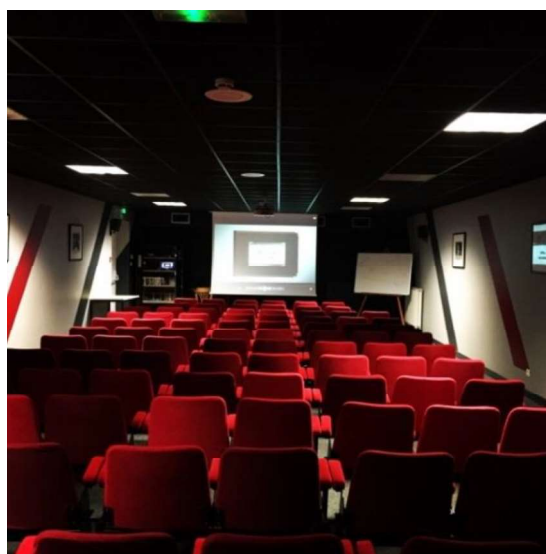


Illustration : l'auditorium de la Gandillonnerie

2.1.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique

La mise en place du protocole et le choix des objectifs art-thérapeutiques se sont inscrits dans le projet de l'association et des missions de la structure :

« Offrir un accompagnement réalisé par des professionnels formés en addictologie, permettant aux personnes accueillies d'accomplir un changement profond, de retrouver un mieux-être, de rompre avec la dépendance, de réapprendre à vivre sans produit psychoactif toxique et de retrouver leur autonomie.

Elaborer leur programme thérapeutique et/ou pédagogique à partir de leurs besoins, et l'individualiser en proposant une écoute, et en favorisant l'expression et la communication. ». (Projet d'établissement de La Gandillonnerie 2017-2021, p.11).

Notre intention était donc de proposer une expérience nouvelle à l'équipe pluridisciplinaire et aux patients, cela en respectant l'esprit thérapeutique du centre.

Une semaine d'observation en début de stage nous a permis de nous familiariser avec le fonctionnement, nous présenter et nous intégrer à l'équipe.

Les hypothèses de travail, les données de la littérature, les échanges avec l'équipe ainsi que la rencontre avec le public lors de ces premiers jours d'observations nous ont permis d'établir une liste de thèmes et leurs objectifs art-thérapeutiques respectifs, correspondant à une symptomatologie plus ou moins commune aux patients alcoolo-dépendants :

Anxiété

Contribuer à soulager la souffrance anxieuse liée à la situation d'alcoolo-dépendance.

Estime de soi

Participer au renforcement de l'estime de soi grâce à la réalisation d'un projet.

Conscience émotionnelle et expression des sentiments

Faciliter l'expression des émotions et des sentiments dans un cadre de confiance.

Motivation au changement et autonomie

Soutenir l'utilisation de ressources propres et l'élaboration de projets positifs pour l'avenir.

Plaisir, imaginaire et créativité

Stimuler l'imaginaire et le plaisir en proposant une expérience de créativité.

Il s'agissait donc ici d'organiser des objectifs pressentis, ce qui n'a pas empêché la prise en compte de l'individualité des patients.

Comme nous l'avons déjà précisé en introduction, il était question dans notre expérience non pas de rendre compte des bénéfices de l'art-thérapie sur la consommation ou non-consommation d'alcool mais sur les effets associés à cette dépendance, conséquences délétères de l'addiction mais qui, si elles sont accompagnées, peuvent devenir des atouts au maintien de l'abstinence.

2.1.3 Schémas utilisés

De ces objectifs précédemment cités ont découlé :

- la recherche de tests scientifiques portant sur ces thèmes afin de s'en inspirer et créer notre propre échelle d'auto-évaluation du patient visant à mesurer les effets de la prise en soin arthérapeutique : comparaison avant PES / après PES,
- le choix des items constituant la grille d'évaluation de chaque séance par la stagiaire art-thérapeute.

2.1.3.1 Création de notre propre échelle

Echelle scientifique d'auto-évaluation du patient avant et après PES à partir de grilles scientifiques validées

(ANNEXE B)

Nous avons souhaité construire notre propre échelle pour éviter une passation trop coûteuse aux patients tout en explorant différents thèmes. De plus, ces échelles sont pour la plupart créées par et pour les professionnels psychologues, suivies de diagnostic, interprétation et accompagnement spécifique. Il nous semblait alors plus légitime d'uniquement nous en inspirer.

La passation de l'échelle s'est à chaque fois déroulée en séance 1 (S1) avant PES, puis en dernière séance de bilan après PES.

Les items des thèmes 1, 2 et 3 ont été inspirés de tests scientifiques validés.

Thème 1 : sélection d'items à partir du test référent : adaptation canadienne-française de Gauthier et Bouchard (1993) du Questionnaire d'Anxiété-Trait* de Spielberger. L'inventaire du psychologue américain Charles Spielberger est destiné à évaluer l'anxiété-trait* (versus anxiété-état*) au moyen d'items qui ne concernent que les aspects psychologiques et non somatiques de l'anxiété.

Thème 2 : sélection d'items à partir du test référent : traduction française de Chambon de l'échelle de Rosenberg. Ce test mis au point par le sociologue Morris Rosenberg demeure le plus utilisé dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi.

Thème 3 : sélection d'items à partir du test référent : l'échelle d'alexithymie* de Toronto (Toronto Alexithymia Scale ; TAS-20) mise au point à l'origine par une équipe canadienne, revue et traduite de nombreuses fois. Nous avons utilisé la version française de Marchand et Loas explicitée et mise en lien avec l'addiction dans l'article de Florent et Servane Farges (2002).

Les items des thèmes 4 et 5 ont été créés par la stagiaire art-thérapeute.

L'échelle est ainsi constituée de 27 items + une question ouverte.

Question ouverte avant PES : « selon vous, que pourrait vous apporter l'art-thérapie ? »

Question ouverte après PES : « que vous a spécifiquement apporté l'art-thérapie ? »

La cotation de notre échelle :

Le but n'étant pas d'établir un quelconque diagnostic par rapport à une population de référence mais de mesurer les effets de la prise en soin, nous avons utilisé notre propre cotation et non celle des tests étalonnés et standardisés. En revanche, nous avons souhaité qu'elle suive le même modèle de cotation que ces tests, à savoir la méthode Likert.

La méthode Likert, du nom du psychologue américain Rensis Likert qui l'a développée, est la méthode psychométrique la plus fréquemment utilisée dans les échelles d'auto-évaluation.

-une gradation de 4 à 7 niveaux, nous avons choisi 5

-l'insertion d'items inversés afin d'éviter les réponses stéréotypées.

Dans notre cas :

Cotation normale pour les items : 3, 7, 8, 10, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 et 27.

1 point pour « jamais », 2 points pour « rarement », 3 points pour « de temps en temps », 4 points pour « assez souvent », 5 points pour « beaucoup ».

Cotation inversée pour les items : 1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 14, 15, 17 et 26.

5 points pour « jamais », 4 points pour « rarement », 3 points pour « de temps en temps », 2 points pour « assez souvent », 1 point pour « beaucoup ».

2.1.3.2 Choix des items et création de la grille d'évaluation

(ANNEXE C)

Afin de permettre une évaluation de l'évolution des séances, des faisceaux d'items ont été établis et regroupés par thèmes. Dans un but de cohérence, il s'agissait des mêmes thèmes proposés au regard des hypothèses de travail et dans l'échelle scientifique d'auto-évaluation.

De plus, pour faciliter la lisibilité des résultats tout au long de la recherche, il a été décidé d'établir la même cotation de 1 à 5 (méthode Likert), de 1-« pas du tout » à 5-« beaucoup ».

Après les premières séances, un 6^{ème} thème (et ainsi son propre objectif et son faisceau d'items) a été mis en évidence et a rejoint la grille d'évaluation :

6-Défaut de représentation

Faciliter la représentation/la symbolisation grâce à la pratique du montage vidéo.

Ainsi, nous avons proposé :

- des items issus des tests scientifiques pour les catégories 1, 2, 3 (en cohérence avec l'élaboration de l'échelle scientifique d'auto-évaluation),

- des items créés par la stagiaire art-thérapeute et/ou des items propres à l'art-thérapie pour les catégories 4, 5 et 6.

Certains items ont été bien entendu inspirés par le domaine artistique et les outils proposés par la stagiaire art-thérapeute, d'autres ont été inspirés par les premiers échanges donc personnalisés, propres à chaque patient.

Il a été pensé que la continuité de construction entre l'échelle et la grille pouvait permettre une comparaison entre l'auto-évaluation (ressenti du patient, son propre regard) et évaluation (regard de l'art-thérapeute stagiaire). Il s'agit ainsi d'une comparaison entre hétéro-évaluation et auto-évaluation, deux formes d'échelle utilisées en appréciation clinique.

2.1.3.3 Auto-évaluation du patient chaque séance

(ANNEXE D)

A chaque fin de séance, il a été proposé au patient de remplir une auto-évaluation courte et différente de l'échelle initiale.

En effet, 5 items étaient proposés :

- ressenti/plaisir pendant la séance
 - satisfaction de la production
 - envie de poursuivre les séances
 - désir de montrer la production
 - envie de poursuivre les pratiques seul(e),
- suivis d'un commentaire possible si le patient le souhaitait.
- Pour cette petite grille, la cotation était aussi en 5 degrés.

2.1.4 Choix des patients pour l'étude

Le choix des patients a été le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire. L'équipe soignante de l'infirmerie a apporté son aide dans la sélection. Prenant en compte la durée de la recherche et le nombre de séances espéré, il nous semblait pertinent d'accompagner 6 patients.

Critères d'inclusion

- Patients présents au CSSRA* dans le but d'un maintien de l'abstinence*.
- Souffrances liées à la maladie alcoolique impactant la qualité de vie (anxiété forte, dévalorisation...).
- Appétence à la découverte de l'art-thérapie utilisant le champ artistique audiovisuel.

Critères de non inclusion

- Dates d'entrée et de sortie incompatibles avec le protocole et la présence de l'art-thérapeute stagiaire (pour rappel, le séjour se déroule sur 3 mois).
- Troubles du comportement trop importants, pouvant nuire au déroulement des séances.

2.1.5 Stratégies thérapeutiques

2.1.5.1 Le travail avec l'équipe pluridisciplinaire

Une présentation de l'art-thérapie à toute l'équipe en réunion institutionnelle a été mise en place avant le début du stage.

La validation du protocole art-thérapeutique a été attestée par l'équipe de direction dont le médecin-chef psychiatre et addictologue.

A notre arrivée dans la structure, il nous a été proposé de participer à un cycle d'atelier photo en groupe avec 5 patients (qui s'étaient inscrits) et 2 infirmières afin d'apporter un regard et un outil supplémentaire, la vidéo. Cette expérience très enrichissante a immédiatement impacté notre intégration, la confiance de l'équipe à notre égard et son intérêt certain envers notre pratique.

Par la suite, parallèlement au déroulé des séances individuelles, le lien avec l'équipe a été constant :

- présence aux réunions de synthèse chaque vendredi matin,
- création d'un accès personnel au logiciel interne nous permettant d'une part de consulter les informations sur le patient dans chaque domaine de son parcours de soin et d'autre part d'y entrer nos propres transmissions,
- échanges réguliers avec les médecins, le cadre infirmier, l'équipe soignante, l'assistante sociale, la psychologue et les moniteurs d'ateliers, ceci afin de vérifier régulièrement la concordance entre la proposition art-thérapeutique et le PAI* (Projet d'Accompagnement Individualisé) du patient,
- rédaction des bilans de fin de PES à destination du médecin-chef,
- bilan de l'expérience en réunion institutionnelle à l'issue du stage.

2.1.5.2 Champ artistique et matériel

Le champ artistique proposé par l'art-thérapeute est celui de l'audiovisuel (cf 1.2). A chaque première rencontre, il a été présenté aux patients :

- un tableau des pratiques artistiques possibles afin qu'ils puissent faire leur choix ([ANNEXE E](#)),
- une présentation concrète des outils
- un visionnage de modèles leur permettant de se projeter.

Matériel de la stagiaire art-thérapeute :

- Ordinateur portable et souris
- Appareil photo numérique
- Caméra numérique
- Enregistreur de son/de voix
- Logiciel de montage vidéo Corel Vidéo Studio X10
- Groupe de logiciels de bureautique LibreOffice
- Logiciels de retouche d'images Photofiltre et Pixlr

La trame de montage au sein du logiciel était notamment composée de deux pistes destinées aux prises de vue (photos et/ou vidéo), une piste de titre/texte, une piste pour la voix et une piste pour les sons ou la musique. Le logiciel offrait de nombreuses possibilités d'édition (effets visuels, transitions, incrustations...) mais seules les plus simples et adaptées aux projets des patients ont été retenues.

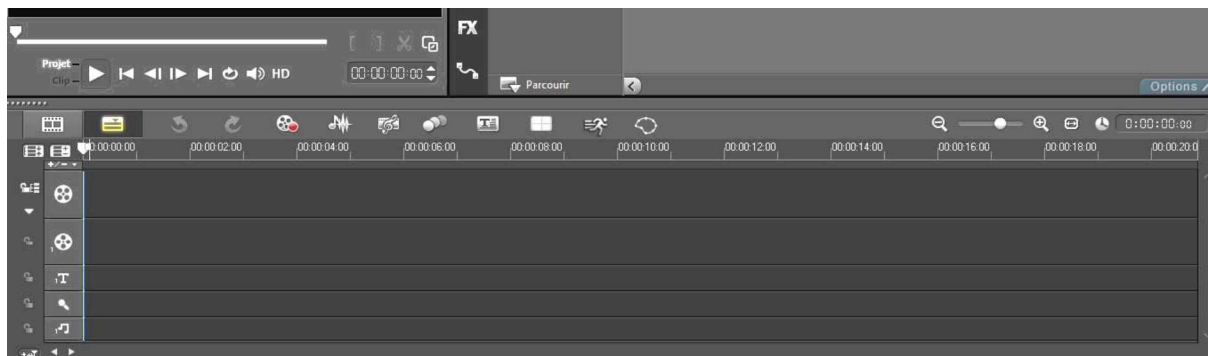


Illustration : trame de montage du logiciel Corel Vidéo Studio X10

2.1.5.3 Besoins des patients

Poser le cadre

Il a été rappelé aux patients que la participation aux séances d'art-thérapie nécessitait un engagement mutuel et donc une assiduité de leur part. De son côté, la stagiaire art-thérapeute veillait à ce que le protocole respecte les autres soins du patient (cf 2.1.8).

Rassurer pour créer l'alliance

Ce qui a été expliqué aux patients :

- la maîtrise préalable des outils n'est pas indispensable. En art-thérapie, on n'utilise pas l'art de manière conventionnelle. Comme évoqué plus haut, nous ferons ensemble une sélection des fonctionnalités accessibles et surtout utiles pour réaliser les intentions artistiques.
- qu'ils ont des potentialités : « moi art-thérapeute stagiaire, je suis votre soutien technique mais c'est bien vous qui créez ».
- des papiers de rendez-vous seront donnés si besoin à chaque fin de séance (aide à la mémoire et à planification).
- les productions ne sont pas interprétées (au sens psychanalytique du terme).
- elles sont confidentielles sauf autorisation signée.
- leur présentation est facultative, proposée mais au choix : non, privée, publique.
- il est rappelé en toute honnêteté que nous avons l'accès au dossier. En séance, il n'y a pas d'obligation de reparler de son histoire passée.

Néanmoins, il s'agit d'art-thérapie et non d'un atelier artistique technique. L'objectif est alors d'aller vers un mieux-être et pas seulement d'utiliser l'outil. Il y a donc un travail sur soi à rechercher.

Un lieu privilégié

Parmi toutes les propositions thérapeutiques pertinentes et variées du CSSRA*, il y a peu d'activités possibles en individuel. La séance d'art-thérapie permet alors un temps d'écoute

personnalisé dans un lieu privilégié. Nous ne sommes pas psychologues mais nous pouvons accueillir ce qui est déposé.

Il a été, en effet, parfois nécessaire de préciser que l'art-thérapie n'était pas de la psychothérapie, tout comme cela était différent de « terre et peinture » malgré l'utilisation de l'art, et différent du travail proposé à l'AFPA* malgré l'usage de l'ordinateur.

Le cas particulier de l'illettrisme

Nous avons rencontré dans nos PES des patients présentant des difficultés avec le langage écrit (lecture et écriture). Nous avons prévu pour eux des aménagements :

-une image bien signifiante sur les papiers de rendez-vous ([ANNEXE F](#))

Lors des auto-évaluations :

- bien sûr la lecture des items par la stagiaire art-thérapeute,
- un code couleur pour mettre en valeur la cotation et étayer la réponse du patient.

Lors des séances :

-une vigilance un peu plus importante lors des consignes : en effet, dans un logiciel de montage, il y a en majorité des logos/symboles mais aussi des mots écrits afin d'accéder aux fonctionnalités.

2.1.6 Durée de la recherche

Le stage de 140h a débuté le 26 février 2018 et s'est déroulé jusqu'au 20 avril 2018. Une semaine supplémentaire de bénévolat a été acceptée par la direction de la structure. Elle a permis de finaliser au mieux le protocole d'accompagnement de chaque patient.

Les échanges avec le CSSRA* se sont poursuivis jusqu'au mois de juin.

2.1.7 Retombées attendues

- Sensibiliser l'équipe au métier d'art-thérapeute, discipline paramédicale.
- Faire découvrir une pratique artistique moins courante en art-thérapie.
- Faire prendre conscience d'un besoin dans cette pathologie.
- Valoriser l'art-thérapie en tant qu'outil complémentaire associé aux autres accompagnements thérapeutiques du parcours de soin.

2.1.8 Organisation des séances

Durée : initialement, nous avons anticipé une durée de séances de 45 min à 1h. En pratique avec les patients, nous avons réaménagé des créneaux de 1h/1h30. Certaines séances, notamment en fin de PES, ont parfois nécessité 2h.

Périodicité : les patients ont bénéficié d'un rythme de séances d'1 à 2 fois par semaine.

Il a fallu s'adapter à leur emploi du temps (bien rempli) tout en veillant à la fatigue.

Articulation au sein du projet global : les séances d'art-thérapie devaient se dérouler en dehors des phases prioritaires du projet de soin, à savoir : les réunions d'informations, la vidéothérapie, les rencontres avec les associations, les groupes de parole, les rendez-vous médicaux et psychosociaux. En revanche, en accord avec l'équipe, les séances d'art-thérapie étaient prioritaires sur les ateliers thérapeutiques (jardin, ménage...). Il était du devoir du patient de prévenir son moniteur d'atelier.

Lieu : nous nous sommes adaptés aussi à la structure en termes de locaux disponibles. Nous avons eu à disposition deux salles selon les jours : la bibliothèque et la salle « bien-être ». Cette dernière étant habituellement dédiée à la kinésithérapie, la socio-esthétique* et la coiffure, nous personnalisions le décor grâce à une affiche sur l'art-thérapie (affiche créée par la promotion 2017/2018 des étudiants de Poitiers).

2.1.9 Evaluation de la prise en soin

Afin d'établir une évaluation rigoureuse et objective tout au long de la recherche, et ainsi mesurer l'impact de l'accompagnement en art-thérapie, l'évaluation s'est donc articulée au moyen de différents outils :

- la fiche d'ouverture : un recueil de données élaboré grâce au dossier, aux échanges avec l'équipe et la rencontre avec le patient ; synthèse des intentions thérapeutiques/sanitaires et artistiques du patient.
- l'échelle scientifique d'auto-évaluation avant et après PES (cf 2.1.3.1) ([ANNEXE B](#))
- la fiche d'observation et sa grille d'items d'évaluation (cf 2.2.3.2) remplies chaque séance ([ANNEXE C](#))
- une auto-évaluation courte du patient à chaque fin de séance (cf 2.1.3.3) ([ANNEXE D](#))
- enfin un questionnaire destiné à l'équipe en fin d'expérience de stage.

2.2 METHODES

Parmi les 6 patients ayant bénéficié de séances d'art-thérapie, les résultats de 3 d'entre eux seront particulièrement présentés au sein de ce travail.

Le choix de ces 3 patients a été établi selon un critère de recherche d'homogénéité :

- nombre de séances
- profil psychique du patient
- addiction unique ou prédominante à l'alcool sans autre dépendance majeure (hors tabac)

Les objectifs pressentis en amont des 3 PES ont été les 6 objectifs par thème déterminés pour l'ensemble des patients du protocole (cf 2.1.2). Cependant, afin de personnaliser au mieux la PES individuelle, les attentes et besoins des patients ont été mis en évidence lors de chaque première rencontre (S1) et la création de la fiche d'ouverture. Il s'agit de l'intention relative à la qualité de vie (dans le projet de soin et en art-thérapie) ainsi que l'intention artistique.

2.2.1 Monsieur C. (M. C.)

2.2.1.1 Présentation du patient

Anamnèse

M. C. a 41 ans. C'est sa 3^{ème} démarche de soins (la 2^{ème} à la Gandillonnerie).

Situation familiale et enfance : est célibataire, a deux fils de 21 et 17 ans. Rupture de contact avec l'aîné « tant qu'il boit », entente moyenne avec le second. Le père de M. C. est décédé quand il avait 6 mois, rupture de contact avec sa mère. Il est le dernier d'une fratrie de 8. Son père et ses 5 frères ont connu des problèmes avec l'alcool.

Situation socio-professionnelle et judiciaire : pas de diplôme, est allé « dans une école spécialisée pour apprendre à lire et écrire ». Le langage écrit est partiellement acquis. M. C. a été maçon, tailleur de pierre, est actuellement docker depuis 2 ans. Est locataire d'un appartement en périphérie de ville. Le patient est sous curatelle à sa propre demande. Des violences, ivresse sur voie publique, vols, conduite sans permis l'ont mené à des peines de prison dont une de 2 ans ferme (est sorti il y a 2 ans). Ses loisirs : la pêche.

Histoire de la maladie : rencontre avec l'alcool à l'âge de 10 ans, impression d'un problème à 14/15 ans (syndrome de manque*). Consommation seul, au domicile, régulière, jusqu'aux ivresses pathologiques. Dépendance physique et psychique. Sevré depuis son entrée ici. Autre addiction : le tabac.

Autres antécédents et informations médicales : sous traitement pour phlébites à répétition. M. C. a déjà été hospitalisé en psychiatrie pour tentative de suicide.

Le médecin ayant réalisé la consultation d'entrée au CSSRA* décrit un état général clinique « détérioré » et un syndrome anxio-dépressif majoré par les conséquences physiques, socio-professionnelles et judiciaires.

Profil décrit par l'équipe

M. C. travaille tous les jours à l'atelier « ménage ». Au CSSRA*, il se montre très rigide, pas toujours à l'écoute, à fleur de peau (« écorché vif »), et présente un mode de fonctionnement empreint de nervosité, gêné par la collectivité jusqu'à l'agressivité. M. C., en revanche, reste toujours respectueux envers les femmes. Il a du mal à verbaliser.

Les autres soins du patient au CSSRA* (hors soins obligatoires) : uniquement l'art-thérapie. A fait une demande pour intégrer l'AFPA* en fin de séjour.

Pharmacopée

Per-os

-PREVISCAN ® 20 mg : Anticoagulant* oral : 0-1-1 (= *matin-midi-soir*).

Effets indésirables possibles : hémorragies de gravité variable.

-SERESTA ® 50 mg : Anxiolytique* de la famille des benzodiazépines* utilisé dans le cadre d'un sevrage* alcoolique

diminution progressive : 1-0-0.5 (3 jours) → 0.5-0-0.5 (3 jours) → 0-0-0.5 (3 jours) → 0-0-0.25 (3 jours)

Effets indésirables possibles : sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence, ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double.

Local

-NICOPATCH ® : Médicament du sevrage* tabagique

14 mg/24h puis 7 mg/24h : 0-0-1

Effets indésirables possibles : rougeurs et démangeaisons, palpitations, maux de tête, insomnie, vertiges, troubles des rêves, nausées, vomissements.

Il nous a semblé intéressant de présenter le tableau suivant :

Tableau 1 : Evolution du traitement de M. C. pendant la PES en art-thérapie

Début de PES en art-thérapie	Milieu de PES en art-thérapie	Fin de PES en art-thérapie
PREVISCAN SERESTA NICOPATCH	PREVISCAN SERESTA NICOPATCH	PREVISCAN SERESTA NICOPATCH

2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques

Intention relative à la qualité de vie : « sortir de l'alcool » ; « en finir avec la prison ». Au sein du PAI* il était aussi écrit « réinsertion socio-professionnelle » (remise à niveau lecture écriture, changement de logement et de travail si possible) ; « gérer les troubles du comportement » ; « retrouver des loisirs ».

En art-thérapie : (cf question ouverte, [ANNEXE B](#))

Que pourrait vous apporter l'art-thérapie ? « être libéré, libérer la tête de plein de choses » ; « quelque chose de positif pour une fois » ; « tout lâcher comme la colère » ; « avoir des séances tout seul parce que s'exprimer en groupe, c'est pas évident ».

Intention artistique : cf tableau 3, ligne « projet(s) artistique(s) pour le cycle d'art-thérapie »

2.2.1.3 Séances (S*) d'art-thérapie (AT*)

Tableau 2 : Place des séances d'art-thérapie dans le séjour de M. C.

séjour	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 5	Sem. 6	Sem. 7	Sem. 8	Sem. 9	Sem. 10	Sem. 11	Sem. 12
Séance AT*					S1 S2	S3 S4	S5	S6	S7 S8		a quitté le centre	

Sem. = semaine

Tableau 3 : Description des séances, M. C.

Projet(s) artistique(s) pour le cycle d'art-thérapie : Réalisation de 3 films : -projet 1 : pour son fils aîné -projet 2 : pour son autre fils -projet 3 : pour sa nièce afin d'exprimer ce qu'il ressent et leur demander pardon.	
N° séance Durée	Déroulement de la séance
S1 1h	Séance d'ouverture. Présentation de l'art-thérapie, des outils, choix de la technique parmi plusieurs. a choisi → montage vidéo (sur logiciel Corel Vidéo Studio X10) Réflexion sur le projet artistique. 3 créations sont envisagées. Passation de l'échelle scientifique d'auto-évaluation avant PES.
S2 1h15	M. C. apporte des textes écrits pour ses enfants ¹ . Nous retravaillons l'aspect stylistique de son texte (syntaxe, choix des bons mots). Réflexion sur les musiques à choisir en adaptation avec le message. M. C. a apporté des photos que nous scannons avec un téléphone. Elles seront utilisées pour les 3 projets. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S3.
S3 1h	Point sur la séance S2. Travail des photos scannées sur logiciel : recadrage, assemblage et retouche avec des filtres (LibreOffice Draw, Photofiltre et Pixlr). Ecoute de musiques (ANNEXE L). Recherche de différentes versions (originales ou instrumentales). Travail sur le lien entre le message du projet et le style musical. Pré-sélection pour les 3 projets. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S4.
S4 1h15	Point sur la séance S3. Ré-écoute des musiques et choix final. Projets 1 et 2 : découverte de l'association musique/textes/photos dans le logiciel. Choix des polices, des tailles d'écriture, des couleurs des textes et des fonds. Organisation de l'ordre et de la durée des éléments dans la table de montage. M. C. me présente le texte écrit pour le projet 3 ¹ . Nous retravaillons l'aspect stylistique. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S5.
S5 1h	Point sur la séance S4. Finalisation technique dans le logiciel et visionnage des deux projets 1 et 2. Réflexion sur la création des pochettes des DVD où seront gravés les films. Poursuite du projet 3 : intégration du texte dans le logiciel. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S6.
S6 1h30	Point sur la séance S5. Finalisation du projet 3 : association musique, textes et photos dans le logiciel. Choix des polices, des tailles d'écriture, des couleurs des textes et des fonds. Organisation de l'ordre et de la durée des éléments dans la table de montage. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S7.

S7 1h	Réalisation des 3 pochettes personnalisées des DVD avec LibreOffice Draw. Proposition d'un visionnage à l'auditorium, seul ou avec les personnes de son choix. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S8.
S8 2h	à la demande de M. C. : Projection privée des films à l'auditorium en présence de Mme Ch. et de leur 3 monitrices d'atelier. Auto-évaluation de la séance. Bilan de la PES, passation de l'échelle scientifique d'auto-évaluation après PES. Signature de l'autorisation d'utilisation des productions (ANNEXE G) Remise au patient d'un document comportant les références de logiciels gratuits ou à petit prix afin qu'il poursuive sa créativité. (ANNEXE H)
quelques jours après	Remise des DVD (1 pour son fils aîné, 1 pour son autre fils, 1 pour sa nièce). M. C. m'a indiqué qu'il n'en voulait pas pour lui. (« j'ai déposé les choses je n'en ai plus besoin »).

¹ Une relation d'aide s'est instaurée au CSSRA* entre M. C. et Mme Ch. (qui est aussi à l'atelier ménage). En effet, M. C. avait besoin d'un moment de solitude afin d'écrire les premières versions de ses textes, hors séance d'art-thérapie. Le rituel était le suivant : il transcrivait alors ses idées en phonétique et c'est Mme Ch. en qui il avait toute confiance qui les retranscrivait du mieux qu'elle pouvait malgré ses propres difficultés.

Modalités d'accompagnement de la stagiaire art-thérapeute : libre dans le processus créatif, dirigée à semi-dirigée dans l'utilisation de l'outil.

Captures d'écran en [ANNEXE II](#)

Productions sur DVD joint [ANNEXE J](#)

2.2.2 Madame Ch. (Mme Ch.)

2.2.2.1 Présentation de la patiente

Anamnèse

Mme Ch. a 39 ans. C'est sa 1^{ère} démarche de soin en CSSRA*.

Situation familiale et enfance : célibataire, sans enfant. Le père de Mme Ch., qui avait des lourds problèmes avec l'alcool, est décédé. Leur entente était mauvaise. En revanche, elle est très bonne avec sa mère, qui est au courant de la démarche de soin. La patiente a deux frères aînés de 45 et 42 ans, ce dernier est porteur d'un handicap mental.

Mme Ch. a subi un traumatisme par le passé (agression sexuelle).

Situation socio-professionnelle : a été agent hospitalier par le passé, sans activité professionnelle depuis 2009, elle souhaiterait retrouver du travail dans le domaine de l'entretien qui lui plaît et dans lequel elle s'était reconvertie en 2017. Elle est locataire d'un appartement en ville que ne la satisfait pas. Mme Ch. est sous curatelle. Ses loisirs : marche, mandalas, télévision, musique, jeux sur tablette, sport adapté (à cause de sa BPCO*).

Histoire de la maladie : rencontre avec l'alcool à l'âge de 10 ans, impression d'augmentation vers 22 ans, impression d'un problème à 37 ans. Consomme seule ou lors d'évènements, à son domicile ou autre, jusqu'aux ivresses pathologiques avec « amnésies sans violence ». Dépendance physique et psychique. Sevrée depuis son entrée ici. Autre addiction : tabac et

médicaments. Suivie par le CIPAT* depuis cette année ; des sevrages en psychiatrie (2017 et 2018), service qui l'a adressée à la Gandillonnerie.

Autres antécédents et informations médicales : BPCO* post-tabagique, troubles urinaires séquellaires d'un fibrome utérin, ulcère gastro-duodénal, phlébite, antécédents orthopédiques, cataracte bilatérale débutante, fausse couche tardive. La patiente a déjà tenté de mettre fin à ses jours en 2016. Mme Ch. est suivie par un psychiatre en CMP*.

Le médecin ayant réalisé la consultation d'entrée au CSSRA* décrit un état général « correct », un « trouble anxio-dépressif », une angoisse majeure, une « biographie avec éléments traumatiques pouvant expliquer l'appétence du produit » mais absence (en début de séjour) de lien conscientisé entre ces événements et la dépendance.

Profil décrit par l'équipe

Mme Ch. travaille tous les jours à l'atelier « ménage ». Au CSSRA*, la patiente est beaucoup dans la plainte somatique mais en a les raisons (« elle revient de loin »), fragile mais pleine de bonne volonté.

Les autres soins de la patiente au CSSRA* (hors soins obligatoires) : « groupe femmes » (démarré avant l'art-thérapie), *mindfulness** (démarré en même temps que l'art-thérapie), relaxation (démarrée en milieu de PES en art-thérapie), « terre et peinture » (en fin de PES)*

Pharmacopée

Per-os

-ACETYLCYSTEINE ® 200mg : Fluidifiant bronchique* : 1-1-1, pendant quelques jours (au début de la PES)

Effets indésirables possibles : réaction allergique cutanée, douleurs d'estomac, nausées, diarrhée.

-ESCITALOPRAM ® 20 mg : Antidépresseur : 1-0-0

Effets indésirables très fréquents : nausées, maux de tête.

remplacé au cours du séjour par :

-VENLAXAFINE ® 75 mg : Antidépresseur : 1-0-0

Effets indésirables les plus fréquents : maux de tête, nausées, bouche sèche, sueurs nocturnes.

-DOLIPRANE ® 1000 mg : Antalgique et antipyrétique* : selon besoin tous les jours

Sans effet indésirable.

-PYOSTACINE ® 500 mg : Antibiotique* : 2-2-2 pendant 8 jours (au début de la PES)

Effets indésirables possibles : Vomissements, diarrhée, digestion difficile.

-ZOPICLONE ® 7.5 mg : Hypnotique dont les propriétés sont proches de celles des benzodiazépines* : 0-0-1

Effets indésirables possibles : perturbation du goût, sensation d'ivresse, maux de tête, troubles de la coordination des mouvements, confusion des idées, troubles du sommeil, modification de la libido, éruption cutanée, vision double, troubles digestifs, faiblesse musculaire, fatigue.

-CETIRIZINE ® 1 mg : Antiallergique : 1-0-0 (en fin de PES)

Effets indésirables possibles : somnolence, fatigue, vertiges, maux de tête.

Local et autres

-GLYCOPYRRONIUM ® 43 µg + INDACATEROL 85 µg : association de bronchodilatateurs* : 1-0-0

Effets indésirables fréquents : infection respiratoire, rhume, sinusite, maux de tête, vertiges, toux, douleur ou irritation de la gorge, infection urinaire, hyperglycémie, digestion difficile, caries, rétention d'urine.

-NICOPATCH ® 14 mg/24 h : Médicament du sevrage* tabagique : 1-0-0 (en fin de PES)

Effets indésirables possibles : rougeurs et démangeaisons, palpitations, maux de tête, insomnie, vertiges, troubles des rêves, nausées, vomissements.

-VENTOLINE ® 100 µg : Bronchodilatateur : selon besoin tous les jours

Effets indésirables possibles : tremblements des extrémités, accélération du cœur, crampes musculaires, maux de tête.

2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques

Intention relative à la qualité de vie : « arrêt de l'alcool » ; « le tabac peut-être » ; « reprendre confiance en moi » ; « retrouver du travail » ; « éviter la peur » ; « retrouver mes activités d'avant : bibliothèque, sport, marche et rendez-vous médicaux ». Dans le PAI*, il était aussi question de « forme physique/perte de poids/troubles alimentaires ».

En art-thérapie : (cf question ouverte, ANNEXE B)

Que pourrait vous apporter l'art-thérapie ? : « Exprimer mes émotions ».

Intention artistique : cf tableau n° 5 « projet(s) artistique(s) pour le cycle d'art-thérapie »

2.2.2.3 Séances d'art-thérapie

Tableau 4 : Place des séances d'art-thérapie dans le séjour de Mme Ch.

séjour	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 5	Sem. 6	Sem. 7	Sem. 8	Sem. 9	Sem. 10	Sem. 11	Sem. 12
Séance AT			S1	S2 S3	S4		S5 S6	S7				

Tableau 5 : Descriptif des séances, Mme Ch.

Projet(s) artistique(s) pour le cycle d'art-thérapie : Réalisation de 2 films : -projet 1 : thème des « émotions » puis elle affine : thème sur la « violence », en écho à son histoire personnelle. -projet 2 : film-hommage à son père décédé	
N° séance Durée	Déroulement de la séance
S1 1h	Séance d'ouverture. Présentation de l'art-thérapie, des outils, choix de la technique parmi plusieurs. a choisi → montage vidéo (sur logiciel Corel Vidéo Studio X10)

	Réflexion sur le projet artistique. Une création est initialement envisagée. Mme Ch. me communique 3 titres de morceaux émotionnellement chargés de sens pour elle. Passation de l'échelle scientifique d'auto-évaluation avant PES.
S2 45 min	Temps de parole. Point sur la séance S1. Choix d'un thème plus précis pour le projet 1: la violence, « faites l'amour mais pas la guerre ». Choix d'une musique en lien avec le thème, différentes écoutes. (ANNEXE L) Ecriture d'un texte et travail stylistique. Les idées jetées et les mots transformés progressivement en poème avec rimes, forme à finaliser. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S3.
S3 1h	Temps de parole. Point sur la séance S2. Poursuite et finalisation de l'écriture du poème. Réflexion sur les images (photos et vidéos) pouvant être en lien avec ce thème. Initiation à l'outil : découverte de l'association musique / texte / images. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S4.
S4 1h	Temps de parole. Point sur la séance S3. Choix des prises de vue parmi une sélection téléchargées sur internet, libres de droit (vidéos et photos). Finalisation du projet 1 et visionnage. Réflexion sur un deuxième projet pour la suite des séances. Après échange avec M. C. qui utilise des photos des membres de sa famille, Mme Ch. me demande si elle peut créer un film-hommage à son père décédé. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S5.
S5 1h30	Temps de parole. Point sur la séance S4. A sa demande : visionnage à nouveau du projet 1. Poursuite du projet 2 : choix des images de fond, recadrage des images choisies (avec Photofiltre), intégration des images, superpositions, intégration de la musique, incrustation du titre. Mme Ch. prévoit de préparer un texte pour la prochaine séance. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S6.
S6 1h	Temps de parole. Point sur la séance S5. Finalisation du projet 2 : travail de la forme stylistique du texte apporté. Intégration de ce texte dans la table de montage, choix des couleurs, des dispositions texte/photo et visionnage. Proposition d'un visionnage à l'auditorium, seule ou avec les personnes de son choix. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S7
S7 2h	à la demande de Mme Ch. : Projection privée des films à l'auditorium en présence de M. C. et de leur 3 monitrices d'atelier. Auto-évaluation de la séance. Bilan de la PES, passation de l'échelle scientifique d'auto-évaluation après PES. Signature de l'autorisation d'utilisation des productions (ANNEXE G) Remise à la patiente d'un document comportant les références de logiciels gratuits ou à petit prix afin qu'elle puisse poursuivre sa créativité. (ANNEXE H)

quelques jours après	Remise des DVD (1 pour elle, 1 pour son frère). Signature d'un document autorisant le CSSRA* à garder dans ses archives et à diffuser les œuvres de Mme Ch. (à la demande de celle-ci).
----------------------	--

Modalités d'accompagnement de la stagiaire art-thérapeute : libre dans le processus créatif, dirigée à semi-dirigée dans l'utilisation de l'outil.

Captures d'écran en ANNEXE I2

Productions sur DVD joint ANNEXE J

2.2.3 Monsieur H. (M. H.)

2.2.3.1 Présentation du patient

Anamnèse

M. H. a 44 ans. C'est sa 1^{ère} démarche de soin en CSSRA*.

Situation familiale et enfance : est célibataire, a 3 enfants (un fils de 19 ans avec qui l'entente est bonne, d'une première union, puis une fille de 11 ans et un fils de 2 ans d'une seconde union, avec lesquels il y a rupture de contact). Le père de M. H. est décédé sous ses yeux il y a 30 ans, leur entente était très bonne. Le patient n'a plus de contact avec sa mère depuis plus de 10 ans. Aucun des deux parents n'a ou n'avait d'antécédents avec l'alcool. M. H. avait une sœur, décédée d'une tumeur à l'âge de 11 ans.

Situation socio-professionnelle et judiciaire : M. H. a suivi un début de scolarité en Institut Médico-Educatif puis a obtenu un Certificat d'Aptitude Professionnelle de pépiniériste. La lecture et l'écriture sont partiellement acquises et le patient souhaiterait une remise à niveau. Il est actuellement au chômage depuis son licenciement en début d'année en raison de sa consommation. Il était employé communal (espaces verts) et souhaiterait rester dans ce domaine. M. H. est locataire d'un appartement en périphérie de ville et désire déménager afin de se rapprocher de ses enfants, placés en famille d'accueil. M. H. bénéficie d'une curatelle. Son permis de conduire lui a été retiré en 2017 (taux d'alcoolémie), un jugement est en cours. Ses loisirs : pêche, pétanque, fléchettes, sport.

Histoire de la maladie : rencontre avec l'alcool à l'âge de 20 ans, impression d'augmentation vers 23 ans, impression d'un problème à 31 ans. Consomme seul, à son domicile jusqu'à l'ivresse pathologique et violence. Sevré (psychiatrie) 1 mois avant le début du séjour. Autres addictions : a déjà consommé du cannabis, surtout dépendant au tabac depuis qu'il a 13 ans.

Autres antécédents et informations médicales : rien de particulier.

Le médecin ayant réalisé la consultation d'entrée au CSSRA* décrit un trouble anxio-dépressif réactionnel à plusieurs deuils affectifs mais une forte motivation. M. H. : « j'ai tout perdu à cause de l'alcool ».

Profil décrit par l'équipe :

M. H. travaille à l'atelier jardin et y est très impliqué. Il a des capacités, notamment en langage écrit, qu'il ne montre pas au premier abord, par manque de confiance en lui. Au CSSRA*, le patient est décrit comme « très discret » mais très agréable et « surprenant ».

Les autres soins du patient au CSSRA* (hors soins obligatoires) : « groupe parents » (démarré avant l'art-thérapie). M. H. a fait une demande pour intégrer l'AFPA* en fin de séjour.

Pharmacopée

M. H. n'a aucun traitement depuis son entrée dans le séjour.

2.2.3.2 Objectifs thérapeutiques

Intention relative à la qualité de vie : « trouver du travail, un logement » ; « voir plus mes enfants » ; « avoir une compagne » ; « être fier de ce que j'ai accompli » ; « voir mes progrès, mon évolution » ; « reprendre l'apprentissage de la lecture et de l'écriture ».

En art-thérapie : (cf question ouverte, ANNEXE B)

Que pourrait vous apporter l'art-thérapie ? « Comprendre ce que j'ai au fond de moi » ; « exprimer ce que j'ai jamais exprimé » ; « que ce soit un déclencheur et que ça m'aide dans la vie de tous les jours ».

Intention artistique : cf tableau n°7 « projet(s) artistique(s) pour le cycle d'art-thérapie »

2.2.3.3 Séances d'art-thérapie

Tableau 6 : Place des séances d'art-thérapie dans le séjour de M. H.

séjour	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 5	Sem. 6	Sem. 7	Sem. 8	Sem. 9	Sem. 10	Sem. 11	Sem. 12
Séance AT					S1	S2 S3	S4 S5		S6 S7 S8			

Tableau 7 : Descriptif des séances, M. H.

Projet(s) artistique(s) pour le cycle d'art-thérapie : Réalisation d'un film destiné à ses enfants et son entourage à la manière d'un livre : les erreurs du passé, la mise au travail du présent, la projection vers un futur meilleur. Titre : «prise de conscience».	
N° séance Durée	Déroulement de la séance
S1 1h15	Séance d'ouverture. Présentation de l'art-thérapie, des différents outils, choix de la technique parmi plusieurs. a choisi → montage vidéo (sur logiciel Corel Vidéo Studio X10). Passation de l'échelle scientifique d'auto-évaluation avant PES.
S2 1h	Temps de parole. Présentation plus précise du logiciel. Visionnage de films pour s'inspirer, notamment le film réalisé avec les patients de l'atelier photo. Début de réflexion sur le projet artistique.

	Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S3.
S3 1h	Temps de parole. Point sur la séance S2. Elaboration plus précise du projet. Début d'écriture du texte (notamment les parties « passé » et « présent »). M. H. a des idées de symbolisation en images de ses idées. Souhaite prendre lui-même des photos à intégrer au montage en complémentarité avec des prises de vue libres de droit sur internet. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S4.
S4 1h15	Temps de parole. Point sur la séance S3. Poursuite de l'écriture du texte (parties « passé », « présent »). M. H. souhaite encore attendre pour le chapitre « futur ». Ecoute de musiques de styles différents à associer au texte. (ANNEXE L) Identification des caractéristiques de ces musiques. Sélection d'images apportées par la stagiaire art-thérapeute. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S5.
S5 1h	Temps de parole. Point sur la séance S4. Classification des musiques et des images selon les chapitres du livre. Entraînement à la manipulation du logiciel. Prêt d'un appareil photo. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S6.
S6 1h30	Temps de parole. Point sur la séance S5. Elaboration du déroulé complet pour se repérer dans le projet. Travail du chapitre « futur ». Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S7.
S7 2h	Temps de parole. Point sur S6. Finalisation du film : intégration de tous les éléments dans le logiciel. Organisation sur la table de montage en suivant le déroulé de la séance précédente. Visionnage. Proposition d'un visionnage à l'auditorium, seul ou avec les personnes de son choix. Auto-évaluation de la séance. Réflexion sur la prochaine séance, S8 (organisation des projections). Discussion autour des effets que peut produire une présentation publique.
S8 en plusieurs temps dans la journée.	à la demande de M. H. : plusieurs projections à l'auditorium tout au long de la journée : - Plusieurs projections à la suite, ouvertes à tous les professionnels. - Une à l'atelier jardin auprès de ses deux moniteurs qui n'avaient pas pu se déplacer. - Enfin une dernière destinée à tous les autres patients du centre intéressés, à l'issue de la séance habituelle de vidéothérapie. NB : les 67 patients sont restés. Auto-évaluation de la séance. Bilan de la PES, passation de l'échelle scientifique d'auto-évaluation après PES. Signature de l'autorisation d'utilisation des productions (ANNEXE G) Remise au patient d'un document comportant les références de logiciels gratuits ou à petit prix afin qu'il poursuive sa créativité. (ANNEXE H)

quelques jours après	Remise des DVD (1 pour lui, 1 destiné à son ex-compagne afin qu'elle le regarde avec les enfants). Signature d'un document autorisant le CSSRA* à garder dans ses archives et à diffuser l'œuvre de M. H. à la demande de celui-ci).
----------------------	---

Modalités d'accompagnement de la stagiaire art-thérapeute : libre dans le processus créatif, dirigée à semi-dirigée dans l'utilisation de l'outil.

Captures d'écran en [ANNEXE I3](#)

Productions sur DVD joint [ANNEXE J](#)

2.2.4 La notion d'élément déclencheur

Nous savons qu'en art-thérapie, la notion d'élément déclencheur est importante. L'art-thérapeute doit trouver ce qui va impulser un élan vers un projet artistique, séance après séance. Dans le cas de nos PES, en raison du domaine artistique exploité, chaque projet a nécessité une élaboration sur plusieurs séances (voire le cycle entier par exemple pour M. H.). En tout cas, pour chaque patient, l'élément déclencheur a été de voir le logiciel de montage en utilisation concrète et des exemples de films aboutis au moyen de cet outil.

Nous trouvons aussi important de faire un peu rêver avec les mots : « vous allez pouvoir être le réalisateur de votre film ».

2.2.5 Les actes techniques

Nous avons précisé précédemment que l'objectif de ces PES était l'accompagnement du patient vers une amélioration de sa qualité de vie et non pas de le convertir en spécialiste du logiciel. Toutefois, l'outil artistique ayant été le support de ce désir de transformation, il nous semblait intéressant de rendre compte des actes techniques réalisés par les patients tout au long du processus créatif. ([ANNEXE K](#)).

Porter un regard sur la liste des capacités acquises au fil des séances a été très gratifiant pour eux.

PARTIE III RESULTATS

Voici maintenant les résultats obtenus à partir des données fournies par nos différents outils d'évaluation :

- la grille scientifique d'auto-évaluation avant et après PES
- la grille d'évaluation des séances et ses items scientifiques personnalisés
- l'auto-évaluation du patient à chaque fin de séance

Nous obtenons alors deux angles d'analyse : celui de l'art-thérapeute et celui du patient.

Quelques précisions préliminaires :

-concernant la grille scientifique d'auto-évaluation

Rappel : elle fait référence au paragraphe 2.1.3.1. Elle est consultable en [ANNEXE B](#).

NB : l'anxiété : pour des raisons d'uniformisation de la présentation des résultats entre tous les thèmes, ceux relatifs à l'anxiété (thème 1) ont été cotés de sorte que soit relatée une amélioration de la qualité de vie, comme pour les autres thèmes. C'est pourquoi une accentuation des scores correspond non pas à une augmentation de l'anxiété chez le patient mais à une augmentation de son apaisement donc de son mieux-être.

-concernant la grille d'évaluation des séances

Rappel : elle fait référence au paragraphe 2.1.3.2. Elle est consultable en [ANNEXE C](#).

Cotation des items d'évaluation :

1-pas du tout 2-un peu/rarement 3-de temps en temps/moyennement 4-assez/souvent 5-beaucoup

Il y a des items en commun mais aussi des items personnalisés, propres à chaque patient. De plus, certains items pressentis n'ont parfois pas pu être observables.

Ces items ont permis de construire des figures rendant compte de l'évolution du patient au fil de la PES. Ces figures présentent les plus pertinents par objectif/thème.

Pour chaque figure, l'axe des abscisses correspond aux séances d'art-thérapie et l'axe des ordonnées à la cotation choisie le plus objectivement possible par l'art-thérapeute stagiaire.

- concernant l'auto-évaluation à chaque fin de séance

Rappel : elle fait référence au paragraphe 2.1.3.3. Elle est consultable en [ANNEXE D](#).

-les commentaires des résultats (tableaux et figures) seront développés dans les sous-parties intitulées « bilan » pour chaque patient.

3.1 Monsieur C.

3.1.1 Echelle scientifique

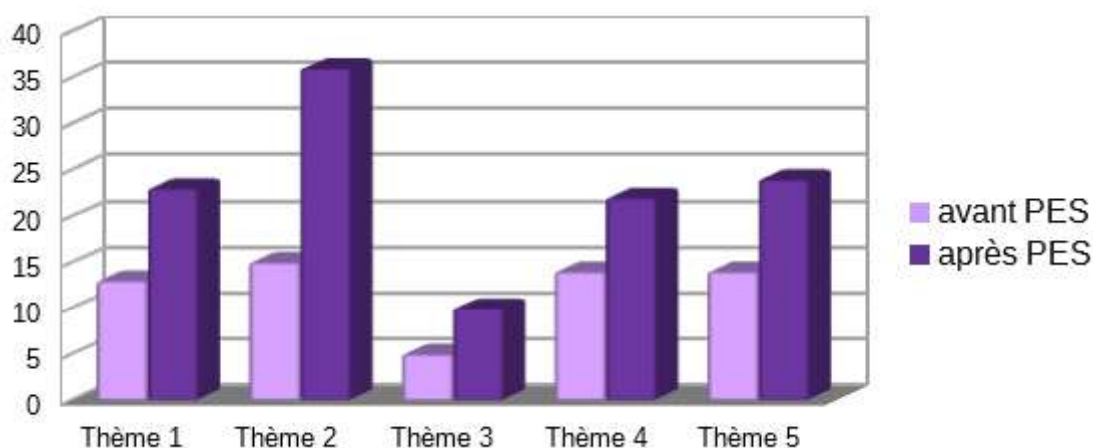
Tableau 8 : Résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, item par item, M. C.

		avant PES	après PES			avant PES	après PES
Thème 1	Item 1	3	4	Thème 3	Item 15	2	3
	Item 2	2	1		Item 16	2	3
	Item 3	2	4		Item 17	1	4
	Item 4	3	5	Thème 4	Item 18	1	4
	Item 5	2	4		Item 19	5	5
	Item 6	1	5		Item 20	2	5
Thème 2	Item 7	1	4		Item 21	5	3
	Item 8	2	4		Item 22	1	5
	Item 9	1	5	Thème 5	Item 23	3	4
	Item 10	4	5		Item 24	5	5
	Item 11	2	4		Item 25	2	5
	Item 12	3	4		Item 26	3	5
	Item 13	1	5		Item 27	1	5
	Item 14	1	5				
				Total		61/135	115/135

Tableau 9 : Résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, par thème, M. C.

	avant PES	après PES
Thème 1 Anxiété	13/30	23/30
Thème 2 Estime de soi	15/40	36/40
Thème 3 Conscience émotionnelle et expression des sentiments	5/15	10/15
Thème 4 Motivation au changement et autonomie	14/25	22/25
Thème 5 Plaisir, imaginaire et créativité	14/25	24/25

Figure 1 : Représentation des résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, par thème, M. C.



3.1.2 Grille d'évaluation des séances et items scientifiques personnalisés

Figure 2 : Evaluation des items du thème 1, M. C.

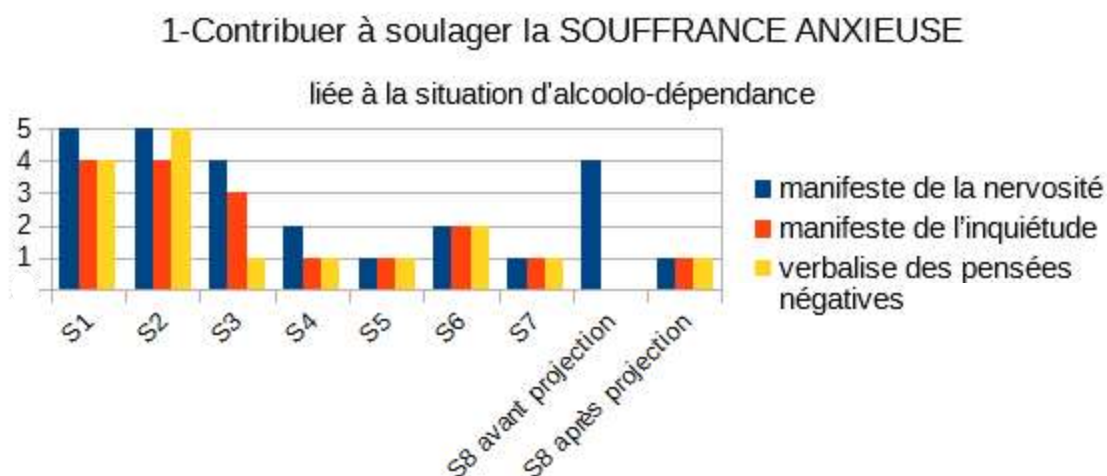


Figure 3 : Evaluation des items du thème 2, M. C.

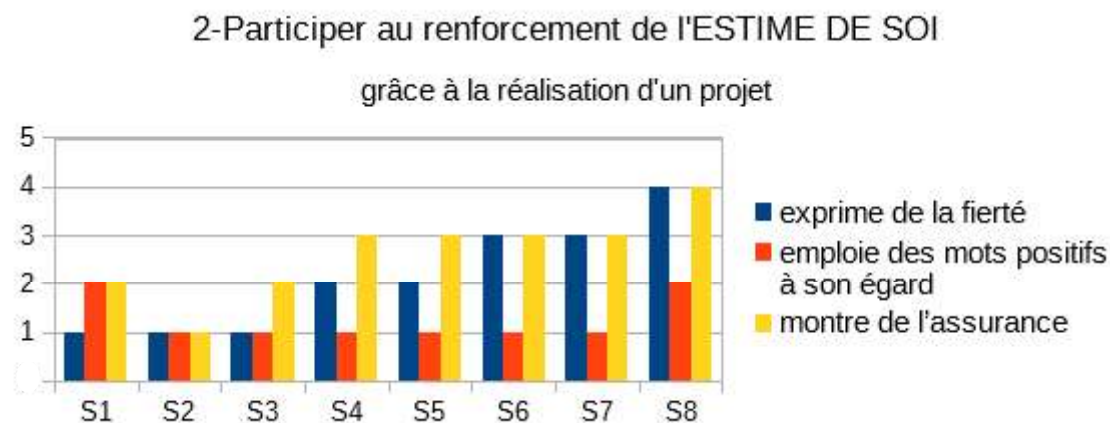


Figure 4 : Evaluation des items du thème 3, M. C.

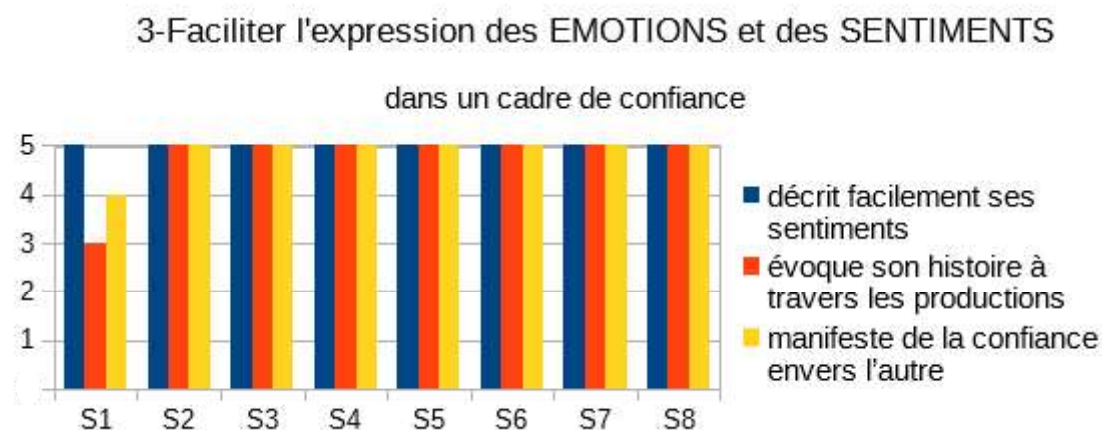


Figure 5 : Evaluation des items du thème 4, M. C.

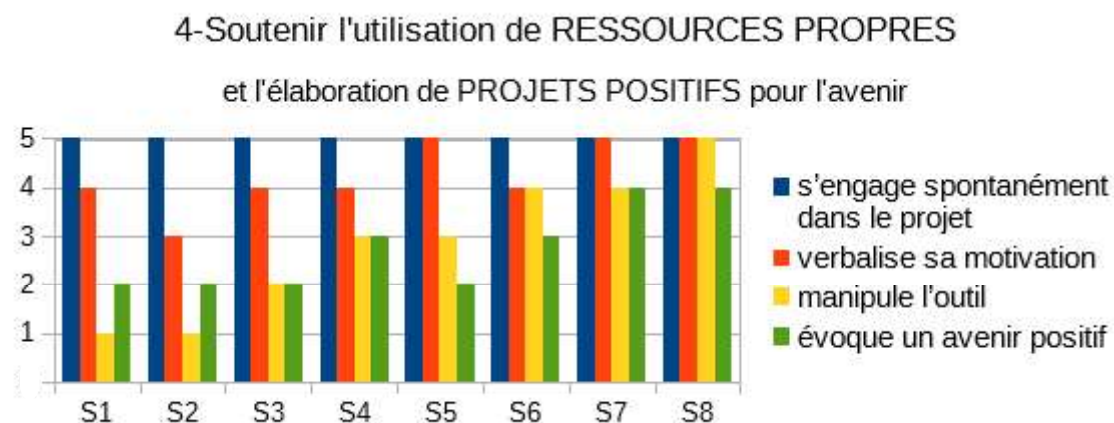


Figure 6 : Evaluation des items du thème 5, M. C.

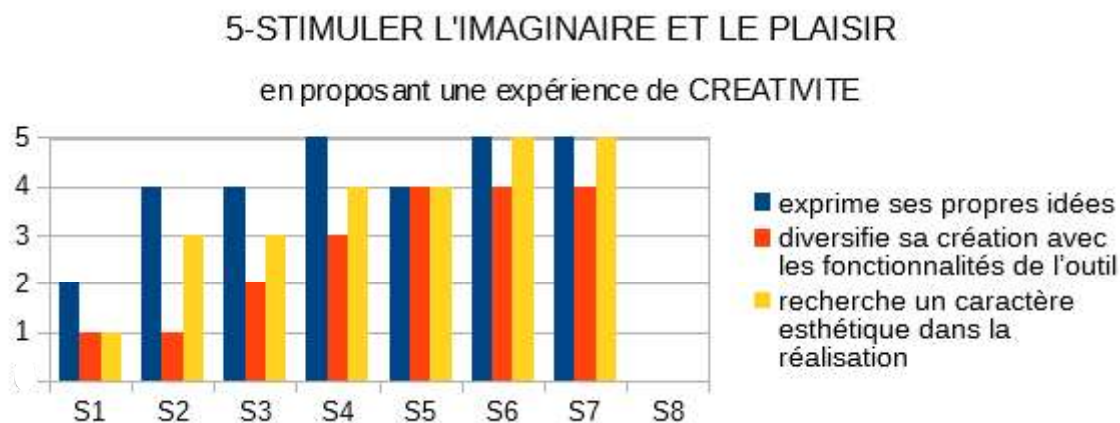
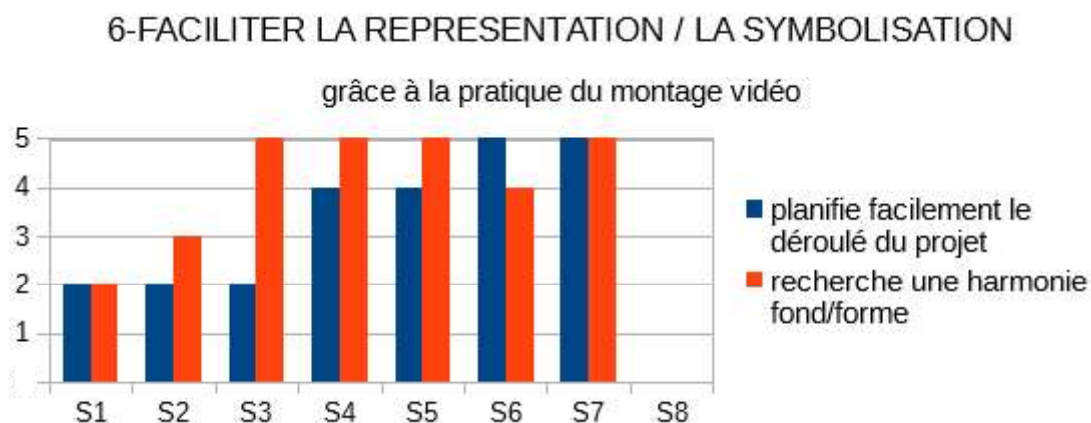
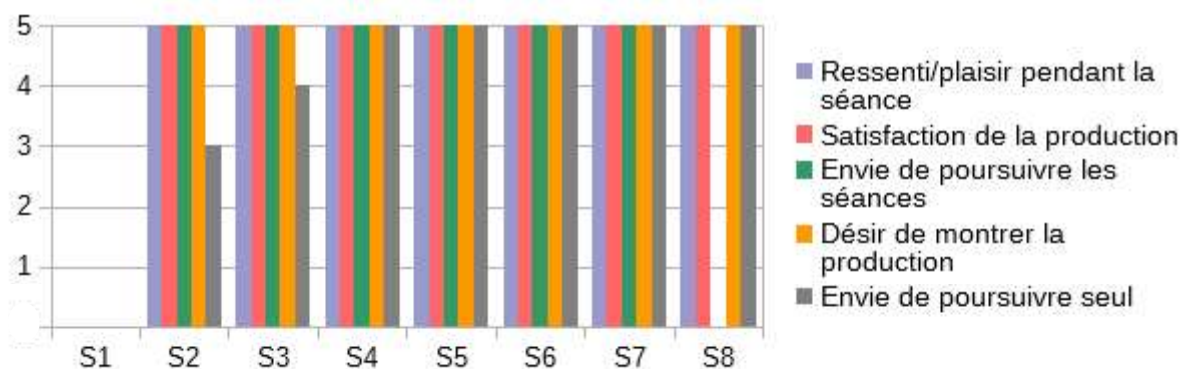


Figure 7 : Evaluation des items du thème 6, M. C.



3.1.3 Auto-évaluation

Figure 8 : Auto-évaluation à chaque fin de séance par M. C.



3.1.4 Bilan

M. C. était décrit comme quelqu'un de « têtu ». En effet, au fil de la PES, il s'est montré assez redondant sur certains reproches envers la structure sans essayer de changer de point de vue (soins pas assez individuels, autres patients à qui il voulait « régler le compte » au risque d'être en rupture de contrat). M. C. semble être constamment en lutte contre sa colère et son impulsivité mais il s'est montré très agréable, très respectueux. Derrière son apparence renfermée se cache de l'humour. Nous avons beaucoup ri tout au long des séances.

Echelle scientifique d'auto-évaluation avant et après PES

M. C. obtient en fin de PES un score total de 115/135 (61 avant PES) (tableau 8). Le tableau 9 et la figure 1 montrent une évolution positive au sein des 6 thèmes.

Grille d'évaluation par l'art-thérapeute stagiaire

Thème 1 (Figure 2) Les manifestations de l'anxiété étaient très fortes en début de PES et ont nettement diminué par la suite. En S4, M. C. verbalise : « depuis qu'on a commencé à faire ça, je pense à plus rien. Tout est dans l'ordinateur. On se libère pour l'alcool déjà et là on se libère la tête, ça tourne plus en boucle ». NB : S4 correspond à la séance de découverte de l'association musiques/textes/images, qui est souvent une étape-clé. Semble très serein en S7. En S8, forte nervosité observable lors des minutes précédant la projection de ses films à l'auditorium, estompée par la suite.

Thème 2 (Figure 3) Au fil des séances, M. C. a montré davantage d'assurance, demandant de moins en moins, notamment : « si je fais comme ça c'est bon ? » ou « si j'ai bien compris, on peut faire ça ? ». En S6, il commence à exprimer de la fierté mais n'arrive pas à la verbaliser clairement (avec des mots positifs envers lui-même) sauf en S8 à l'issue de la projection des projets. M. C. a des difficultés à recevoir les compliments.

Thème 3 (Figure 4) Dès S1, il a verbalisé qu'il se sentait en confiance dans ce cadre et a évoqué spontanément, non sans émotion, son histoire personnelle. M. C., au premier abord, ne souhaite jamais raconter quelque chose de lui (temps d'échange du début de séance). Il est alors dans l'évitement, gêné, mais dès que l'activité démarre, il échange beaucoup. Il n'a pas eu de difficultés en apparence à me parler de son illettrisme dès S1. Notre étayage technique à ce sujet (écriture des textes pour lui, lecture des textes ou des fonctionnalités de l'outil) n'a bloqué en rien son processus créatif.

Thème 4 (Figure 5) Lors de notre premier échange avant le début des séances d'art-thérapie, M. C. semblait un peu méfiant. Cependant, par la suite, tout au long de la PES, il s'est montré assidu, motivé, même déterminé. Le manque d'assurance initial a freiné un peu la manipulation concrète de l'outil mais il s'est lancé petit à petit. Il évoquait le fait de réaliser ses films dans le but de demander pardon. Néanmoins en S6, il a pu dire : « c'est aussi pour moi que je le fais ». Concernant le futur, en S7 : « je vais vers l'avant, je veux redevenir bien, pas repartir en arrière ».

Thème 5 (Figure 6) Même quand M. C. ne manipulait pas l'outil, il était vraiment impliqué dans la création, me dictant très précisément ce qu'il imaginait de l'élaboration des films. Au fil des créations, il attachait de plus en plus d'importance au choix des couleurs, à la police d'écriture, à la disposition des éléments (caractère esthétique). En revanche, certaines idées imaginées au départ n'ont jamais quitté ses pensées.

Thème 6 (Figure 7) Dès la séance 3, M. C. a recherché l'harmonie entre le fond (le message) et la forme (les éléments du montage). Le choix de la musique notamment a été très important pour lui, tout comme la vitesse de défilement des photos, souhaitant un résultat « dynamique, pas trop doux, pas trop dur ni violent ». Nous pouvons noter également que l'utilisation du logiciel et sa trame de montage ont permis, au fil des séances, une planification plus fluide des projets.

Auto-évaluation des fins de séances

(Figure 8) M. C. a montré des difficultés à nuancer ses réponses à cet exercice, entourant le score maximal partout, exprimant qu'il était sûr. En revanche, ses commentaires qualitatifs nous renseignent davantage sur son cheminement intérieur. En effet, à la question « comment décririez-vous la séance d'aujourd'hui ? », M. C. est passé de réponses répétitives comme « j'apprends des choses, c'est très bien expliqué, à mon rythme » à d'autres comme « je vide mon sac, j'ai moins de bagage dans le dos ».

Comparaison des données d'auto-évaluation et d'évaluation

Dans ses réponses à l'échelle scientifique d'auto-évaluation après PES, M. C. montre une fragilité persistante concernant le thème 3 (émotions et sentiments), ce qui est en décalage avec notre regard au fil des séances. Une autre dysharmonie se situe dans le thème 2 (estime de soi), le patient ayant sûrement besoin d'avoir un support de réponses proposées pour se reconnaître des qualités.

Conclusion

M. C. a bénéficié de 8 séances en art-thérapie : 1 séance d'ouverture, 6 séances d'élaboration/création de projet et 1 séance de bilan/projection à l'auditorium. Il a beaucoup insisté sur le caractère individuel de cet accompagnement, important pour lui. M. C. a été un patient très touchant, observateur, attentif et déterminé de S1 à S8. Il semble avoir pris du plaisir à réaliser ce projet. Il a su mettre des mots sur ce que lui avait apporté la PES, notamment en ce qui concerne l'anxiété.

Nous avons remarqué le retrait de l'anxiolytique de la pharmacopée du patient, correspondant à la moitié de la PES en art-thérapie (tableau 1). A ce sujet, le médecin nous explique que la baisse des anxiolytiques est un objectif à toute prise en charge médicale des patients au CSSRA* mais que selon lui, l'art-thérapie y a sûrement contribué pour M. C.

Nous avons appris que ce dernier avait mis fin à son séjour 15 jours avant la date prévue, de façon précipitée, pour raison personnelle. En séance, il avait exprimé plusieurs fois l'envie de

partir mais pour des raisons concernant des conflits internes au CSSRA*, se remobilisant assez rapidement sur les projets qui lui tenaient à cœur.

Réponse à la question ouverte de l'échelle scientifique d'auto-évaluation : que vous a spécifiquement apporté l'art-thérapie ? : « j'ai vidé mon sac, j'ai moins de pensées qu'avant, je ne pense plus au passé, tout est sorti de ma tête depuis le DVD ».

3.2 Madame Ch.

3.2.1 Echelle scientifique

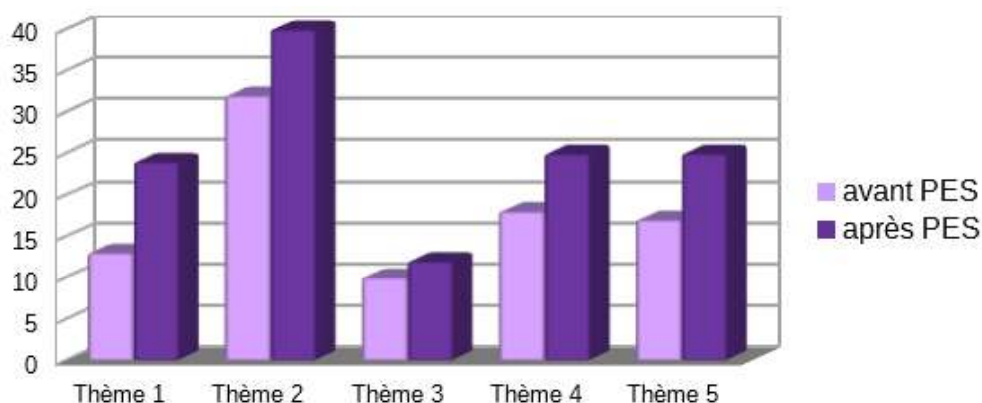
Tableau 10 : Résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, item par item, Mme Ch.

		avant PES	après PES			avant PES	après PES
Thème 1	Item 1	1	4	Thème 3	Item 15	3	4
	Item 2	2	1		Item 16	4	4
	Item 3	2	5		Item 17	3	4
	Item 4	3	4	Thème 4	Item 18	4	5
	Item 5	3	5		Item 19	4	5
	Item 6	2	5		Item 20	4	5
Thème 2	Item 7	5	5		Item 21	4	5
	Item 8	5	5		Item 22	2	5
	Item 9	4	5	Thème 5	Item 23	1	5
	Item 10	3	5		Item 24	3	5
	Item 11	4	5		Item 25	4	5
	Item 12	3	5		Item 26	4	5
	Item 13	3	5		Item 27	5	5
	Item 14	5	5				
				Total		90/135	126/135

Tableau 11 : Résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, par thème, Mme Ch.

	avant PES	après PES
Thème 1 Anxiété	13/30	24/30
Thème 2 Estime de soi	32/40	40/40
Thème 3 Conscience émotionnelle et expression des sentiments	10/15	12/15
Thème 4 Motivation au changement et autonomie	18/25	25/25
Thème 5 Plaisir, imaginaire et créativité	17/25	25/25

Figure 9 : Représentation des résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, par thème, Mme Ch.



3.2.2 Grille d'évaluation des séances et items scientifiques personnalisés

Figure 10 : Evaluation des items du thème 1, Mme Ch.

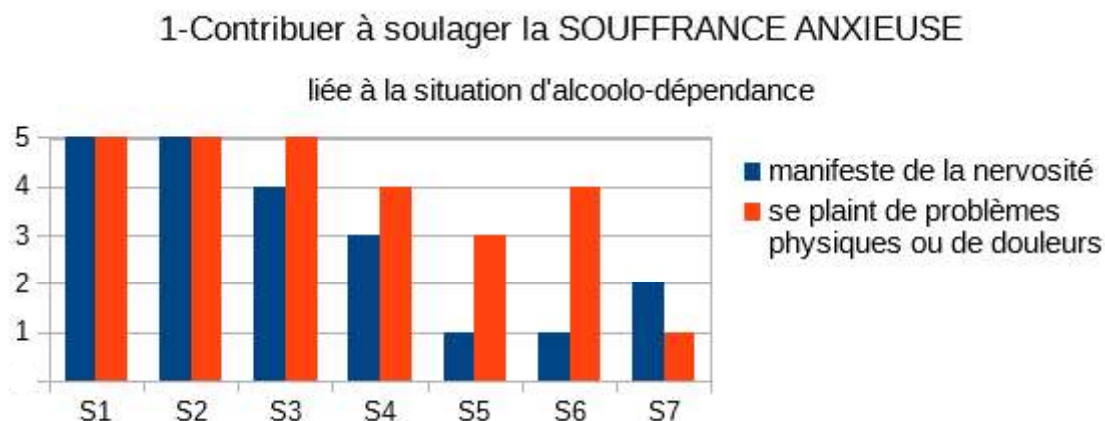


Figure 11 : Evaluation des items du thème 2, Mme Ch.

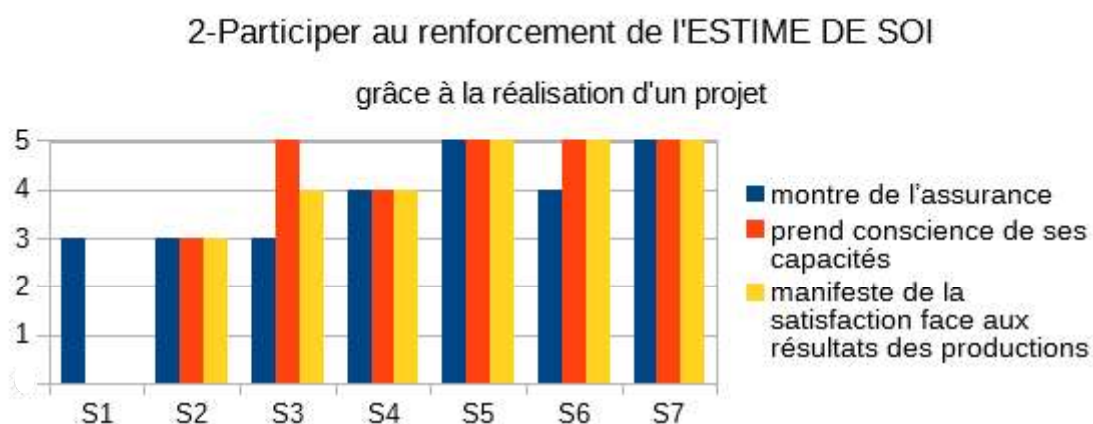


Figure 12 : Evaluation des items du thème 3, Mme Ch.

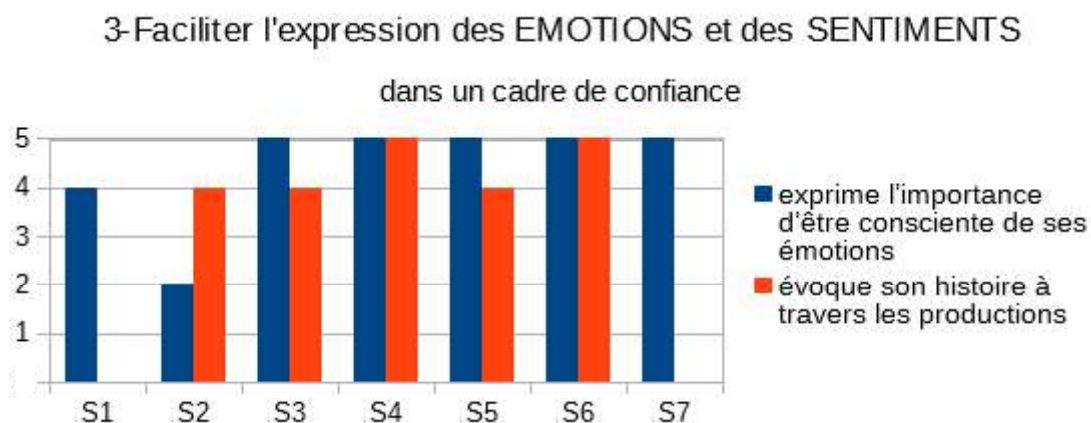


Figure 13 : Evaluation des items du thème 4, Mme Ch.

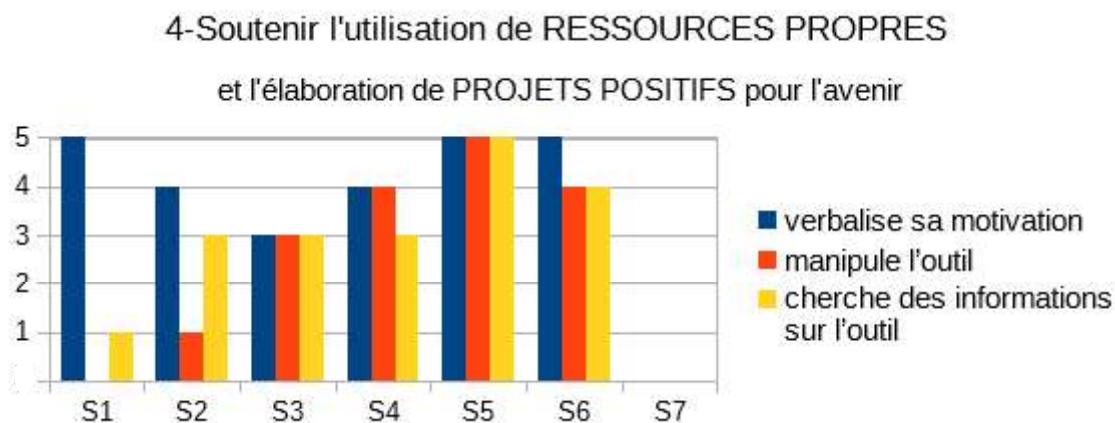


Figure 14 : Evaluation des items du thème 5, Mme Ch.

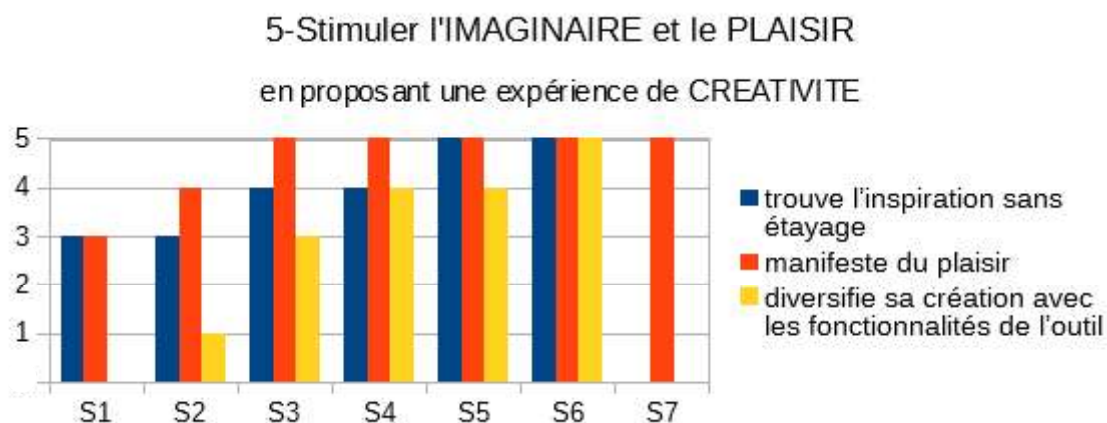
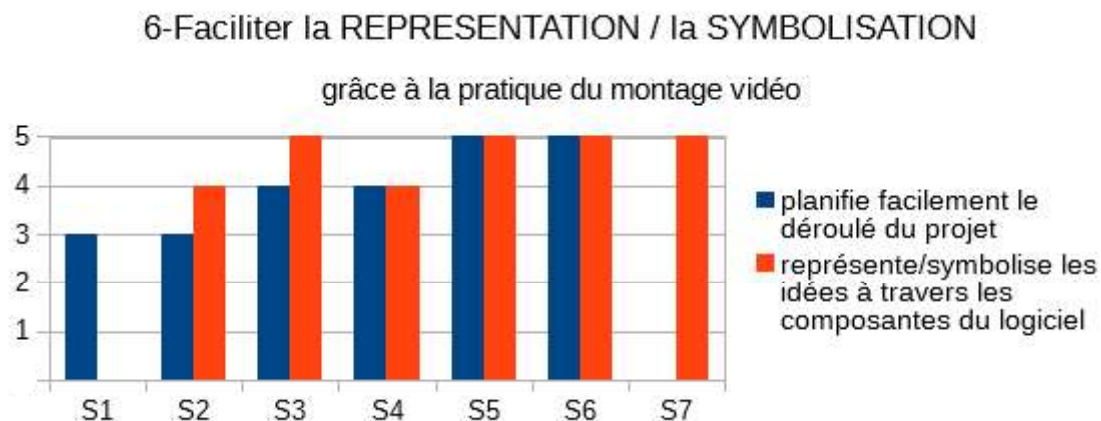
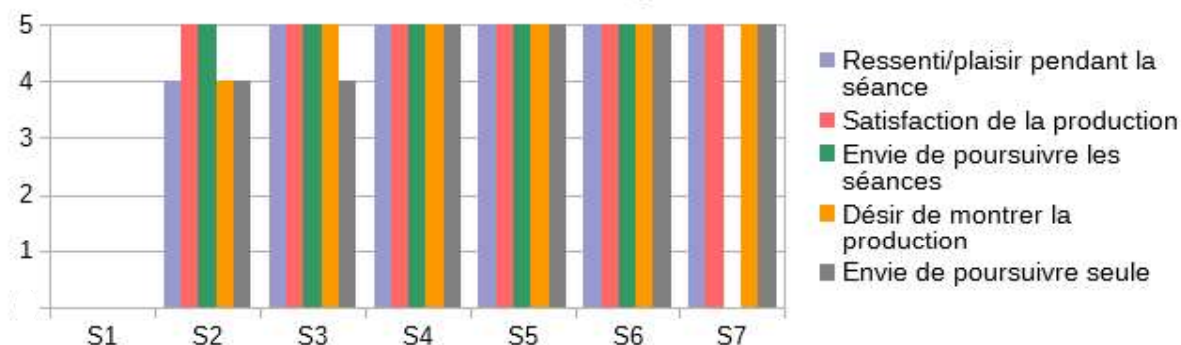


Figure 15 : Evaluation des items du thème 6, Mme Ch.



3.2.3 Auto-évaluation

Figure 16 : Auto-évaluation à chaque fin de séance par Mme Ch.



3.2.4 Bilan

Malgré le besoin d'être dans la plainte physique (souvent légitime) comme moyen d'entrer en communication (besoin d'être écoutée), Mme Ch. s'est aussi montrée très enthousiaste et joviale. Elle a été fortement étayée par M. C. dans ses troubles cognitifs (mémoire et planification notamment). En effet, il l'a beaucoup aidée à s'organiser dans son emploi du temps (très chargé car Mme Ch. est très volontaire), afin de ne pas oublier les séances.

Echelle scientifique d'auto-évaluation avant et après PES

Mme Ch. obtient en fin de PES un score total de 126/135 (90 avant PES) (tableau 10). Le tableau 11 et la figure 9 montrent une évolution positive au sein des 6 thèmes.

Grille d'évaluation par l'art-thérapeute stagiaire

Thème 1 Comme nous le constatons sur la figure 10, les manifestations de nervosité diminuent plutôt en deuxième partie de cycle d'art-thérapie. Au début de la PES notamment, Mme Ch. sursautait au moindre petit bruit. A partir de la séance 5, nous notons une absence de sursaut/peur, elle nous paraît sereine. A cette période, parallèlement à notre accompagnement, Mme Ch. raconte qu'elle a enfin pu exprimer sa défense face à un patient qui l'importunait, ce qui l'a soulagée. En revanche, les plaintes somatiques ont toujours été très présentes sauf lors de la dernière séance à l'auditorium.

Thème 2 (Figure 11) Evolution positive et régulière des critères relatifs à l'estime de soi. Lors des premières séances, c'était assez discret, la patiente acquiesçant plutôt les compliments que je lui faisais. En S4, elle s'exclame : « c'est magnifique ! » et en S6 : « vivement le grand écran je m'attendais pas du tout à arriver à faire ça ».

Thème 3 (Figure 12) Il a été plutôt naturel pour cette patiente d'évoquer son histoire et ses sentiments dans ses productions. Les musiques ont été choisies par rapport à leur forte composante émotionnelle initiale. (ANNEXE L) De plus, elle verbalisait clairement les ressentis

produits par les émotions. En S3, les larmes aux yeux, elle décrit : « ça me procure des sensations c'est magique » ou en S4 : « j'ai le cœur qui s'emballe ». En S7 à la projection, beaucoup d'émotions et de mots pour les décrire.

Thème 4 (Figure 13) Mme Ch. était malade en S2 et S3, ce qui peut expliquer la baisse de verbalisation de la motivation ainsi que la faible manipulation de l'outil. En revanche, dès S4, elle a pris beaucoup d'initiatives, et a expérimenté spontanément.

Thème 5 (Figure 14) Nous notons une évolution positive de tous les items. La patiente a eu des idées personnelles spontanément. La manifestation du plaisir a été forte assez rapidement au cours de la PES, verbalisée notamment en S4 devant la découverte de nouvelles fonctionnalités : « trop excellent ». À la même période, elle a des nouvelles envies pour améliorer la création. De plus, apprenant que M. C. utilise des photos de membres de sa famille, elle me demande alors s'il est possible d'intégrer la photo de son père au projet.

Thème 6 (Figure 15) L'utilisation de l'outil (trame de montage) au fil des séances a permis une planification de plus en plus organisée des projets. Mme Ch. a eu des facilités à symboliser ses idées à travers le choix et les associations d'images, des effets, des couleurs etc.

Auto-évaluation des fins de séances

Comme le montre la figure 16, Mme Ch. n'a pas perçu les nuances que l'on pouvait apprendre à reconnaître au fil des auto-évaluations, se sentant « épanouie au maximum » à chaque séance.

Comparaison des données d'auto-évaluation et d'évaluation

Dans ses réponses à l'échelle scientifique d'auto-évaluation après PES (tableau 10), Mme Ch. a manifesté aussi un grand enthousiasme. Les résultats des thèmes 2, 4 et 5 atteignent le score maximal. Le décalage par rapport à la grille d'évaluation se situe surtout par rapport au thème 6, notre observation révélant encore une fragilité sur le plan de l'anxiété en lien avec la santé.

Conclusion

Mme Ch. a bénéficié de 7 séances en art-thérapie : 1 séance d'ouverture, 5 séances d'élaboration/création de projet et 1 séance de bilan/projection à l'auditorium.

Cette patiente a fait preuve de beaucoup d'investissement et a su, à travers le processus créatif, mettre des mots sur ses ressentis émotionnels et non uniquement somatiques. Elle a verbalisé de nombreuses fois sa satisfaction devant ses réalisations. Une fois très à l'aise et heureuse, me tape dans les mains comme si nous formions une équipe. Le discours en lien avec la santé est resté le même. Par rapport à cela et devant la pharmacopée importante de la patiente (régulièrement en demande), le médecin explique une appétence médicamenteuse qui lui sert de réassurance et d'apaisement.

Mme Ch. a souhaité que l'on grave un DVD supplémentaire pour offrir le projet concernant son père à l'un de ses frères. Pourtant, à l'origine, ses réalisations artistiques au cours de la PES étaient un besoin propre, non destinées à quelqu'un d'autre.

Réponse à la question ouverte de l'échelle scientifique d'auto-évaluation : que vous a spécifiquement apporté l'art-thérapie ? « une libération, mettre à plat les émotions qu'on peut ressentir, le stress commence à disparaître ».

3.3 Monsieur H. (M. H.)

3.3.1 Echelle scientifique

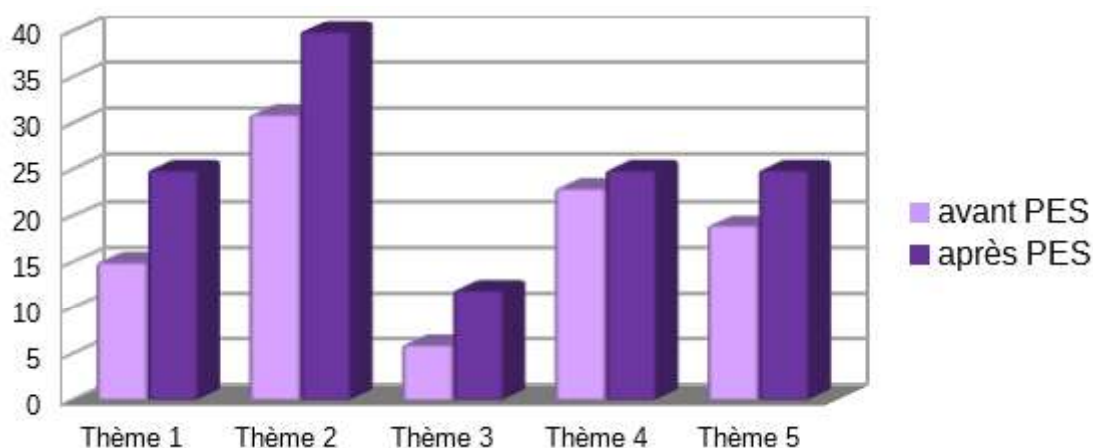
Tableau 12 : Résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, item par item, M. H.

		avant PES	après PES			avant PES	après PES
Thème 1	Item 1	4	5	Thème 3	Item 15	2	4
	Item 2	1	1		Item 16	2	4
	Item 3	2	5		Item 17	2	4
	Item 4	5	5	Thème 4	Item 18	5	5
	Item 5	2	4		Item 19	5	5
	Item 6	1	5		Item 20	5	5
Thème 2	Item 7	4	5		Item 21	4	5
	Item 8	4	5		Item 22	4	5
	Item 9	5	5	Thème 5	Item 23	5	5
	Item 10	4	5		Item 24	4	5
	Item 11	3	5		Item 25	5	5
	Item 12	4	5		Item 26	4	5
	Item 13	3	5		Item 27	1	5
	Item 14	4	5				
				Total		94/135	127/135

Tableau 13 : Résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, par thème, M. H.

	avant PES	après PES
Thème 1 Anxiété	15/30	25/30
Thème 2 Estime de soi	31/40	40/40
Thème 3 Conscience émotionnelle et expression des sentiments	6/15	12/15
Thème 4 Motivation au changement et autonomie	23/25	25/25
Thème 5 Plaisir, imaginaire et créativité	19/25	25/25

Figure 17 : Représentation des résultats de l'échelle scientifique d'auto-évaluation, par thème, M. H.



3.3.2 Grille d'évaluation des séances et items scientifiques personnalisés

Figure 18 : Evaluation des items du thème 1, M. H.

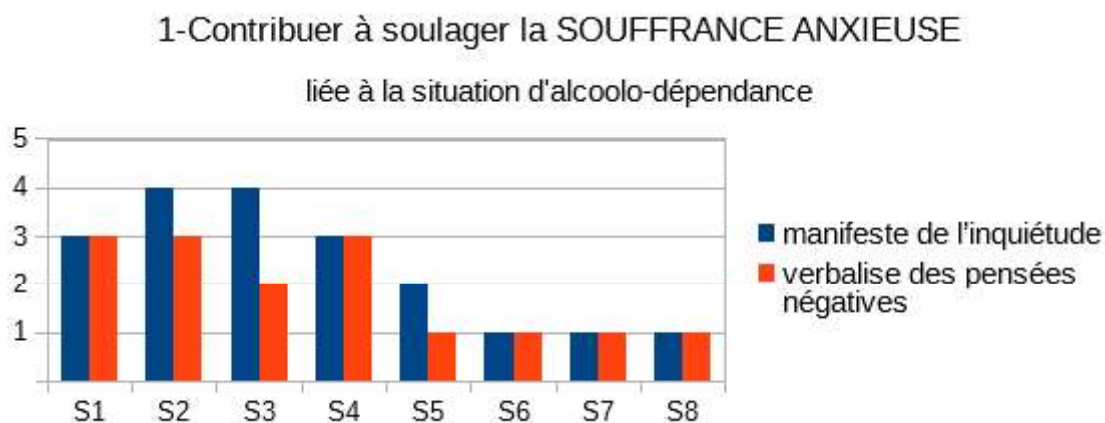


Figure 19 : Evaluation des items du thème 2, M. H.

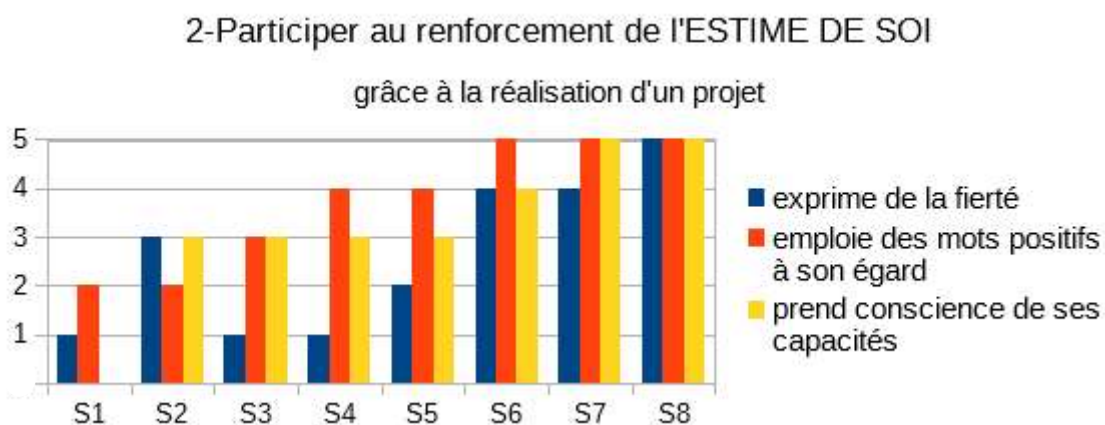


Figure 20 : Evaluation des items du thème 3, M. H.

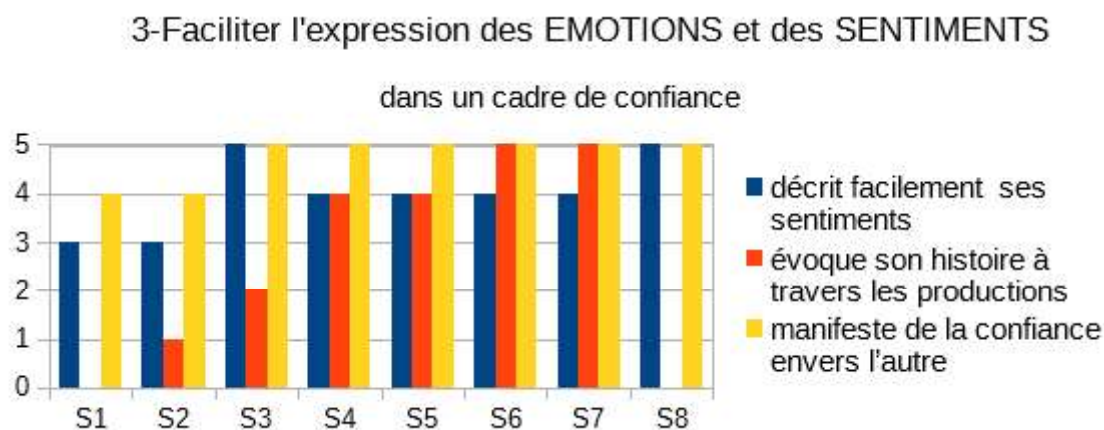


Figure 21 : Evaluation des items du thème 4, M. H.

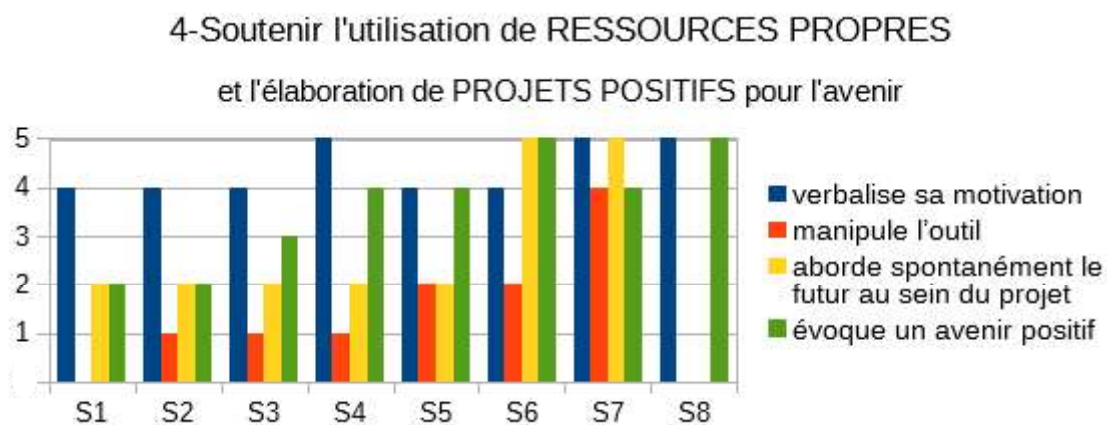


Figure 22 : Evaluation des items du thème 5, M. H.

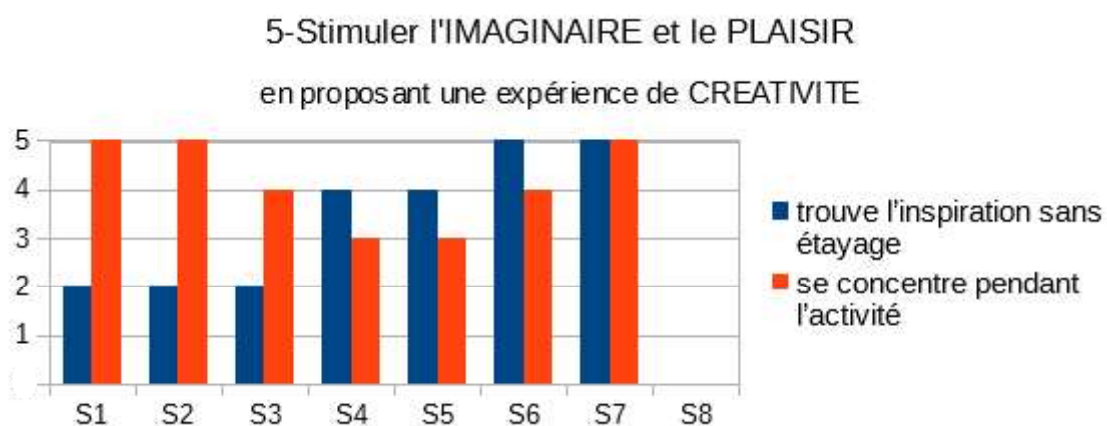
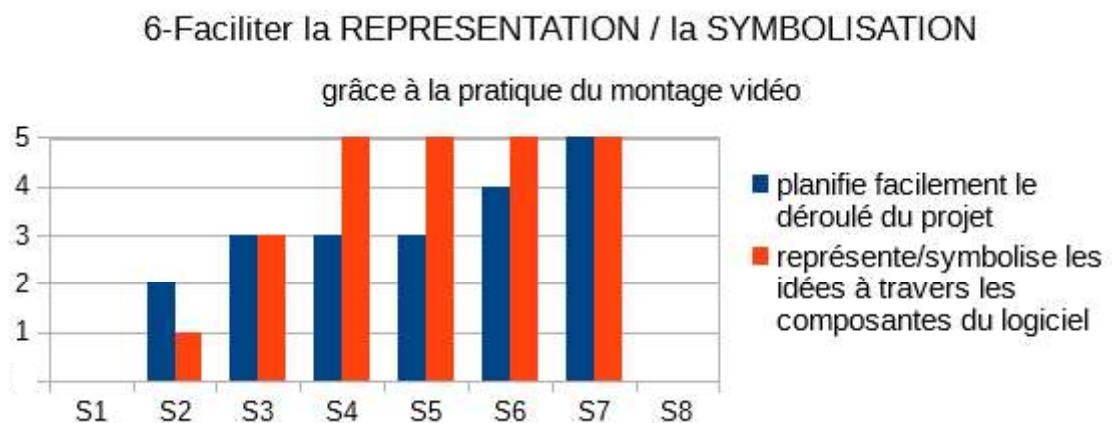
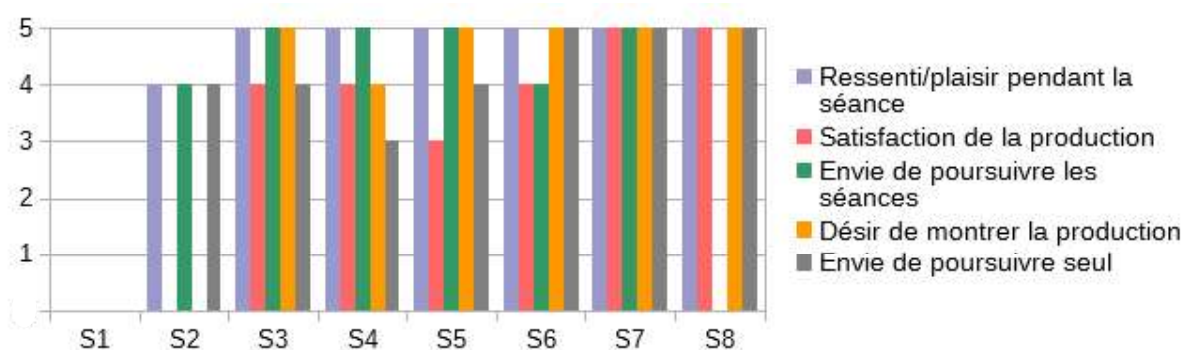


Figure 23 : Evaluation des items du thème 6, M. H.



3.3.3 Auto-évaluation

Figure 24 : Auto-évaluation à chaque fin de séance par M. H.



3.3.4 Bilan

M. H. a été un patient très touchant et agréable qui a investi fortement la relation. Il m'a expliqué dès le départ ses difficultés en langage écrit. M. H. se compare beaucoup aux autres, est plutôt tourné vers l'extérieur (« j'espère que vous aurez une bonne note »).

Echelle scientifique d'auto-évaluation avant et après PES

M. H. obtient en fin de PES un score total de 127/135 (94 avant PES) (tableau 12). Le tableau 13 et la figure 17 montrent une évolution positive au sein des 6 thèmes.

Nous souhaitons noter le constat suivant : les résultats initiaux à l'évaluation avant PES en art-thérapie montraient que M. H. avait démarré un processus de changement dans son parcours de soin. Il se disait déjà « capable » et « motivé ». Dès la première séance, il a exprimé le désir de prendre toutes les aides qu'on avait à lui apporter.

Grille d'évaluation par l'art-thérapeute stagiaire

Thème 1 (Figure 18) Les manifestations anxieuses n'ont réellement diminué qu'à partir de la séance 5 (le patient se posait des questions sur l'outil, l'engagement en art-thérapie, les

craintes par rapport à ses difficultés en langage écrit) avec une augmentation en S2 et S3 liée peut-être à la situation juridique compliquée à ce moment-là. En S6, M. H. verbalise qu'il se sent bien car il prend « conscience que le résultat sera celui espéré ».

Thème 2 (Figure 19) Très nette évolution positive des critères relatifs à l'estime de soi. En S6 : « je suis fier de moi, je me sens bien comme ça, je ne me reconnais plus, j'ai des compliments de partout, ça doit pas être pour tout le monde. ».

Thème 3 (Figure 20) A partir de la séance 3, M. H. parle beaucoup de ses enfants, pleure, se confie beaucoup sur son histoire. Il exprime le besoin d'être rassuré, de prouver à son entourage qu'il va s'en sortir et arrêter de faire du mal autour de lui. En S4, commence à mettre en lien ses sentiments et ses productions.

Thème 4 (Figure 21) Une motivation très forte est verbalisée dès S1 et n'a jamais diminué. M. H. explique qu'il se sent bien à la Gandillonnerie : « c'est bizarre mais j'ai pas envie de partir ». En S4, il raconte : « j'ai tellement de projets, je ne me reconnais plus du tout, l'impression d'avoir changé de vie ». Le patient a beaucoup repoussé le moment de travailler la partie du futur dans son projet (livre), il a fallu beaucoup de stimulations. De plus, M. H. a mis du temps à manipuler spontanément l'outil mais la participation s'est finalement avérée très forte en S7 au moment de finaliser la réalisation.

NB : Nos étayages techniques concernant cet évitement de manipulation, ainsi que les difficultés liées à l'illettrisme, n'ont bloqué en rien son processus créatif tout au long du projet. En S6 : « on ne sait jamais ce qui peut arriver mais j'espère ne jamais reboire ».

Thème 5 (Figure 22) : En milieu de PES, les capacités de concentration ont diminué, M. H. verbalisant énormément et ayant besoin de cadre pour se recentrer vers le projet. Le patient s'est tout d'abord laissé beaucoup influencer par nos suggestions d'idées, nos exemples, mais parallèlement sans doute à l'évolution de l'estime de soi, il s'est plus laissé aller en fin de cycle à proposer les siennes.

Thème 6 (Figure 23) Belle évolution concernant ce thème. À partir de S4, M. H. s'est intéressé à la relation entre les musiques et le message. En S6, il a été important de travailler plus précisément l'organisation du projet dans le logiciel et le déroulé de la création. C'est à partir de ce moment-là que tout est devenu plus clair pour lui. En revanche, dès S4, il a trouvé du plaisir à symboliser les idées par les éléments du film comme par exemple son idée de parallèle entre l'éclosion des végétaux/de la nature et son processus de transformation vers le maintien de l'abstinence.

Auto-évaluation des fins de séances

(Figure 24) Le plaisir ressenti pendant la séance a toujours été auto-évalué à son maximum ou presque, tout comme l'envie de poursuivre les séances et le désir de montrer la production.

L'évaluation plus progressive concerne la satisfaction de la production et l'envie de poursuivre seul après le séjour.

Comparaison des données d'auto-évaluation et d'évaluation

Dans ses réponses à l'échelle scientifique d'auto-évaluation après PES (tableau 12), 19 items sur 26 (donc une majorité) atteignent le score maximal, ce qui est en harmonie avec notre observation et notre cotation aux séances 7 et 8 à travers les différents thèmes.

Conclusion

M. H. a bénéficié de 8 séances en art-thérapie : 1 séance d'ouverture, 6 séances d'élaboration/création de projet et 1 séance de bilan/projection à l'auditorium.

Le patient a mis du temps à entreprendre les choses pour lui, parlant surtout du regard des autres (les autres résidents, l'entourage familial, le médecin). Cet aspect semble être encore fragile. Nous pensons qu'au regard de la réalisation de son film, qu'il a d'ailleurs intitulé « prise de conscience », M. H. a réalisé le chemin parcouru et celui qui s'annonçait encore devant lui. La dernière séance a été forte en émotions pour lui qui avait souhaité, après que nous ayons longuement échangé, proposer la projection de son film à tous les patients et tous les professionnels de la structure de qui il a eu des retours extrêmement positifs.

M. H. présentait un immense besoin de revalorisation : « Depuis que je suis petit jusqu'à ce que j'entre ici en février, j'ai toujours été rabaissé, mis plus bas que terre, mais ici c'est différent. ».

Nous avons pu revenir au CSSRA* et assister au pot de départ de M. H. qui nous a dit que cette fois il était « impatient de sortir ».

Réponse à la question ouverte de l'échelle scientifique d'auto-évaluation : que vous a spécifiquement apporté l'art-thérapie ?

« C'était très plaisant de faire un film, on oublie presque tout en faisant des activités comme ça avec la photo, l'ordinateur, la musique. Je trouve ça génial. J'ai vidé mon sac même s'il y a encore des sujets à travailler. L'art-thérapie m'a aidé à parler, prendre confiance en moi, être rassuré. J'avais une haine au fond de moi que je lâche. Je savais que j'étais capable mais pas à ce point. Je suis pressé de voir l'avenir positif. Je repars sur des bonnes bases, je vais pas réparer mais refaire ma vie normalement, même si je suis prudent. Parler de mes projets dans une activité renforce l'envie de les continuer ».

D'une façon générale, M. H. a progressé dans toutes les étapes et les lieux de son parcours de soin à la Gandillonnerie. Les professionnels le trouvent « métamorphosé ».

PARTIE IV DISCUSSION

Au regard de cette expérience art-thérapeutique effectuée en CSSRA* auprès de personnes alcoolodépendantes, des points de discussion seront relevés. Il s'agit, comme dans toute étude, d'apports et de limites, notamment par rapport aux hypothèses qui avaient été émises, mais également de perspectives et de réflexions sur notre rôle art-thérapeutique et notre posture soignante.

4.1 Les apports de l'étude

Pour rappel, notre postulat était le suivant :

Il ne s'agissait pas dans ce travail de prétendre agir directement sur l'alcoolodépendance mais de mettre en place et évaluer une prise en soin visant à soulager certaines de ses conséquences.

Nous souhaitons poursuivre le travail mené en addictologie quant à l'utilisation de l'art cinéma en tentant d'emmener plus loin le patient vers la créativité.

L'étape du CSSRA étant un moment crucial où le patient se retrouve face à la liberté de boire, nous avons proposé un accompagnement, étayé par notre outil artistique, espérant qu'il serait un soutien, parmi d'autres, au processus de prise de conscience de la maladie.

Qu'en est-il ?

4.1.1 Apport en addictologie

La créativité en addictologie

Les données de la littérature nous racontent qu'il est important de proposer à ces patients des activités dans lesquelles ils peuvent développer leur créativité, il s'agit même de recommandations en addictologie cf (1.3.2).

A ce sujet, le CSSRA* de la Gandillonnerie développe : « par la création l'être se construit. L'acte créateur est un acte libérateur qui permet au sujet de s'exprimer, de révéler des choses dont il est porteur mais qu'il méconnaît bien souvent en lui. [...] La créativité est la capacité d'user de comportements nouveaux, de trouver des solutions nouvelles à un problème. » (Projet d'établissement 2017-2021, p.52). Nous nous sommes inscrits dans cette idée.

Prolongement de l'utilisation du 7^{ème} art, de spectateur à réalisateur

Ce qui est appelé « vidéothérapie », ou encore « cinéma thérapeutique » aux Etats-Unis de l'anglais « *cinema therapy* » (Winter, 2015), est utilisé depuis des années en addictologie (cf 1.3.2).

Quand le patient est spectateur : le film est support d'échanges, de déculpabilisation, ainsi un changement de regard sur soi est rendu possible par l'autre (Tisseron in Gomez, 2016).

La démarche développée auprès des patients dans cette étude est toute autre. Il s'agit de faire occuper une place différente au patient, celle d'une personne qui crée, qui imagine, qui scénarise, qui monte.

En effet, en passant de la vidéothérapie à la « création de film thérapeutique », *Filmmaking therapy* (Winter, 2015) par le montage vidéo, le patient est passé de spectateur à réalisateur.

Offrir de l'individuel

Le contexte de notre accompagnement offre à la personne en démarche de soin un cadre personnalisé et intime, en complémentarité des autres soins de groupe.

Un support pour étayer

La médiation, dont l'origine latine signifie « milieu » est un soutien précieux dans l'expression des personnes fragilisées par un manque de confiance en soi. Le support par l'art comme nous l'avons proposé est un outil étayant dans la communication, ce qui différencie aussi l'art-thérapie du groupe de parole, largement utilisé auprès de ce public.

L'auditorium

Le CSSRA* étant doté d'un lieu de projection grandeur cinéma, la question d'une éventuelle présentation au public, dernière étape du processus de la création artistique, s'est imposée à nous. Il a été alors évoqué avec chacun des patients les conditions dans lesquelles cette phase pouvait se dérouler, ainsi que les enjeux que cela pourrait entraîner.

Comme nous l'avons vu, 2 des 3 patients présentés ici ont choisi la projection privée (soignants et patients de leur choix). M. H. quant à lui a opté pour des présentations successives publiques.

L'apport :

- le sentiment pour les patients d'une vraie finalité,
- la gratification sensorielle (grand écran, sonorité, installation) amplifiant encore les émotions déjà palpables sur l'interface ordinateur. Cela entraîne alors :
- un *feed-back** puissant dans le processus thérapeutique.

Autres bénéfices :

- un lieu d'échanges ou de point de démarrage de relation avec d'autres personnes,
- l'apport de retours positifs des spectateurs, bénéfiques à l'estime de soi.

Bien que dans notre étude, l'expérience de l'auditorium ait été une belle consécration au projet artistique, nous ne perdons pas de vue que cette étape peut dans certains cas s'avérer fragilisante (prise de risque à se dévoiler aux autres, appréhension des retours négatifs).

Validation de nos hypothèses :

Les résultats nous renseignent sur l'apport d'un accompagnement art-thérapeutique audiovisuel auprès de patients souffrant des conséquences engendrées par l'alcoolodépendance.

Comme nous l'avons présenté en partie III, les données exploitées au moyen des outils d'auto-évaluation et d'évaluation rendent compte d'un mieux-être chez chacun des 3 patients, dans les 6 domaines explorés. Bien sûr, certains critères observés étaient déjà cotés à leur maximum au début de l'accompagnement. D'autres ont montré des irrégularités, d'autres encore une vulnérabilité persistante à l'issue du cycle, mais dans l'ensemble nous notons une amélioration progressive au regard de nos objectifs pressentis.

Autres observations :

Le cas de M. H. nous renseigne sur l'apport d'un tel soin dans la revalorisation mais aussi dans le processus de « prise de conscience » du trouble.

Mme Ch., pour qui il s'agit aussi de la première démarche de soin, a peut-être été la patiente qui a le moins exprimé de lien avec la problématique alcoolique.

M. C. a clairement mis en mots les retentissements sur sa souffrance anxieuse. En revanche, il nous a confrontés à un résultat non anticipé. En effet, après avoir émis plusieurs fois la menace de partir du centre de façon prématurée (au milieu du séjour) à cause d'altercations avec d'autres patients, M. C. a pu se remobiliser, toujours déterminé entre autres à finaliser ses trois créations.

Nous avons alors émis l'idée que la mise en place d'un tel projet individualisé pouvait soutenir le patient à aller plus loin et s'accrocher dans son parcours de soin.

4.1.2 Apport pour l'art-thérapie

L'art audiovisuel est encore peu développé en art-thérapie. Nous espérons que notre travail entraînera une **sensibilisation à ce domaine moins connu** mais riche d'apports thérapeutiques.

Notion de technique mixte

Il nous a été rappelé régulièrement au cours de notre enseignement les bénéfices de l'association de différentes techniques en art-thérapie. Des auteurs rendent compte aussi de la « fécondité » de cette combinaison d'arts par opposition aux approches dites uniques (Hamel & Labrèche, 2010).

Robert Bresson (in Pinel, 2017, p.3), cinéaste, exprime que le cinéma est « une écriture avec des images en mouvement et des sons ». Ce n'est alors pas sans rappeler d'autres pratiques utilisées en art-thérapie : atelier d'écriture, arts visuels, danse, musique.

Rousset-Rouard (2018), quant à lui, estime que le 7^{ème} art entre à la fois dans les mémoires visuelles et sonores des spectateurs.

Le montage vidéo étant le procédé d'association des mots, des prises de vue, des musiques, des effets visuels, des transitions, nous pourrions alors le considérer comme une technique mixte à part entière.

Certaines structures d'alcoologie proposent depuis des années des ateliers d'écriture destinés à favoriser l'expression des émotions et faciliter le retour à l'estime de soi (Gomez, 2011). Nous considérons alors que l'utilisation du montage vidéo pourrait en renforcer les bénéfices, en étant un mélange d'écriture et de vidéothérapie, supports qui ont déjà fait leurs preuves dans ce domaine.

La relation à 3 : patient/art-thérapeute /outil informatique

La pratique du montage vidéo nécessite un matériel informatique : ordinateur et logiciel spécifique. Les utilisations de ces outils sont parfois critiquées en raison du risque de réduction des relations avec l'environnement réel. Néanmoins, certains auteurs nous renseignent sur la façon d'en faire une richesse. Serge Tisseron, par exemple, psychiatre reconnu pour ses publications sur les écrans, écrit dans la revue NECTART* (*Les écrans : apprendre à s'en passer, apprendre à s'en servir*, p.34, 2016) : « les outils numériques sont aussi des outils de création [...] encourager la fabrication de films à l'intérieur des espaces numériques constitue une manière de valoriser les écrans et de s'opposer indirectement aux pratiques désocialisantes qui menacent toujours [...] ». L'auteur explique qu'il est intéressant de s'en servir au service d'une narration de soi afin de raconter ses émotions, ses interrogations, son parcours, et ainsi prendre du recul par rapport à sa vie. Dans le domaine de la rééducation et de la remédiation cognitive, l'utilisation de l'outil informatique est également développée. Une limite pourrait être la crainte de voir s'estomper la relation privilégiée et duelle de communication entre thérapeute et patient au profit d'une relation triangulaire avec l'ordinateur. Pourtant, l'ordinateur offre au patient une relation au caractère inhabituel, par une situation bienveillante du fait que le thérapeute se trouve à ses côtés. Cette disposition libère le patient du face à face direct, du poids habituellement frontal du regard de l'autre, et entraîne une disposition physique d'alliance pendant l'activité (Harlin, 1996).

4.2 Limites de l'étude

Il est difficile de tirer des conclusions certaines et définitives à partir de cette expérience. Des biais sont à prendre en compte.

Le facteur temps

Le nombre d'heures possibles de stage ainsi que la durée officielle du séjour à la Gandillonnerie pour les patients (3 mois) ont organisé pour nous le temps de l'accompagnement. Nous aurions aimé pouvoir accompagner ces personnes sur un plus grand nombre de séances (dans notre étude : 7 ou 8 séances pour les 3 patients présentés). Les

emplois du temps bien remplis des patients ont aussi parfois limité la mise en place de rendez-vous.

Le contexte spécifique de l'addictologie nous risque à des prises en soin encore plus courtes, imprévisibles, liées à des ruptures de contrat et des départs anticipés.

Nous tirons toutefois des avantages à ce contexte :

- il n'est pas toujours évident de savoir comment mettre fin à un accompagnement. Ici, les règles inhérentes (durée du séjour) l'organisent pour nous.
- là où dans certains domaines médicaux la stagnation de l'évolution de l'état du patient est une réalité, ici dans cette étape-clé du parcours de soin, les changements sont significatifs (dans une petite victoire ou un échec à dépasser par la suite).

L'art-thérapie au cœur du parcours de soin

Nous avons vu que pour ces patients, les étayages sont multiples au CSSRA* : approches thérapeutiques variées, baisse progressive des traitements si possible, et surtout situation de sevrage.

Alors comment savoir si l'art-thérapie (spécifiquement) a apporté une aide ?

Il est indispensable dans toute étude de relater des données quantitatives. Pour cela, nous avons couplé évaluation et auto-évaluation afin d'établir des comparaisons.

En revanche, bien qu'il soit important d'objectiver par des items, des tableaux et des graphiques, nous avons rencontré des patients qui, malgré leurs difficultés ou leur manque de confiance, sont communicants, ont les moyens de raconter.

C'est pourquoi il y a dans ce travail une place importante laissée aux mots :

- au sein des items : utilisation de terme comme « verbalise », « manifeste », « évoque ».
- C'est ce qui pour nous était nettement observable, davantage que d'autres critères physiques ou comportementaux,
- dans les témoignages et questions ouvertes : les propos des patients, spontanés, sans modèle à cocher, nous ont semblé rendre compte de la réalité.

De plus, nous notons que les résultats positifs en lien avec l'anxiété, l'estime de soi, la motivation peuvent évidemment s'expliquer par les autres thérapies obligatoires suivies par les trois patients. En revanche, les thèmes de l'imaginaire ou de la symbolisation nous semblent relever spécifiquement de l'art-thérapie (sauf peut-être pour Mme Ch. qui a suivi des cycles de *mindfulness** ou de « terre et peinture »).

La construction du protocole et de ses outils, entre choix et réalité

Nous avons explicité en Matériel et méthodes la construction de notre échelle scientifique. Seuls 3 des 5 thèmes de cette échelle étaient construits à partir d'items provenant de grilles scientifiques validées.

Dans une prochaine étude, nous pourrions rechercher des appuis théoriques pour les autres objectifs, comme :

- le modèle du changement de Prochaska et DiClemente (in De Saint Aubert & Sgard, 2013)
- la liste d'items de Proctor & Burnett pour la créativité.

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. La réalité faisant que nous connaissions peu les patients avant de commencer leur PES art-thérapeutique, il a été difficile d'anticiper une problématique plus importante que les autres, et ainsi de faire un choix.

Une autre limite provient de notre manque d'anticipation à l'égard du thème 6. En effet, le domaine de la représentation figure uniquement dans notre évaluation mais est absente de l'échelle scientifique d'auto-évaluation avant et après PES.

Notion de classification et d'interdépendance des items.

Nous avons conscience que l'évolution de certains critères est étroitement liée à celle d'autres. Aussi, nous aurions pu classer nos items différemment au sein des différents thèmes.

Par exemple :

- certains items de l'anxiété-trait de Spielberger renvoient à des critères de l'estime de soi,
- dans certaines définitions de l'alexithymie, il est aussi question de la pauvreté imaginaire (Farges & Farges, 2002),
- la faille de représentation génère de l'anxiété,
- le mot « émotion » signifie étymologiquement « ce qui fait avancer », cela fait alors écho au processus de motivation au changement.

Enfin, afin de ne pas nous « éparpiller » dans notre démonstration et rester cohérents au regard de l'apport potentiel de notre outil, certains traits de la personnalité des personnes alcoolodépendantes n'ont pas été traités et développés précisément dans le protocole :

- les compétences relationnelles,
- l'image du corps,
- les troubles cognitifs.

Nous verrons en perspectives (4. 3) comment ils pourraient l'être dans une prochaine étude.

Les biais de l'évaluation

De la part de l'art-thérapeute

L'accompagnement individuel sous-entend bien évidemment une évaluation réalisée seul.

De plus, en art-thérapie il est question d'évaluer les aspects de ressenti, de plaisir. Une certaine subjectivité du chercheur est alors difficile à contourner (Winter, 2015).

Le recours aux appréciations subjectives répond au besoin d'avoir des mesures probantes du bien-être ressenti par les individus. Pourtant, le bonheur n'est pas objectivable à l'aide d'indicateurs biochimiques (Zeidan, 2012).

De la part du patient

Certains résultats « idylliques » de l'évaluation nous ont interpellés, tels que ceux de l'échelle scientifique après PES ou encore ceux de l'auto-évaluation d'après-séance.

Certaines études sont réticentes quant au principe d'auto-évaluation du bien-être. Comment porter un regard objectif sur soi ? Un autre type de biais concerne les gens qui déclarent le

bonheur qu'ils devraient ressentir plutôt que leur situation actuelle. Enfin, le désir d'une certaine image de soi peut amener les individus à amplifier certaines réponses : le biais de désirabilité sociale (Bertrand et Mullainathan, 2001 in Zeidan, 2012).

C'est la raison pour laquelle les commentaires hors évaluation ont été précieux pour nous.

Limites liées à l'outil

Contrairement à d'autres pratiques en art-thérapie, notre outil nécessite un temps de familiarisation. Cette appropriation est indispensable même en simplifiant son utilisation et en exploitant uniquement les fonctions simples.

Un nombre de séances plus important permettrait davantage de manipulation et il pourrait même être envisagé une phase d'exercice pour la prise en main.

Et après ?

Malgré les données positives recueillies à l'issue de cette expérience, il reste cependant à évaluer l'impact à plus long terme de notre intervention. La rupture que représente la fin du séjour au CSSRA* ainsi que le retour à la vie « normale » et ses dangers pourraient atténuer les effets de notre accompagnement.

Une nouvelle évaluation serait intéressante après un certain temps et relaterait une généralisation de la thérapie au contexte personnel du patient.

Aussi, il serait pertinent de réaliser cette étude sur un plus grand nombre de sujets.

4.3 Perspectives

4.3.1 D'autres traits à évaluer

Comme nous l'avons évoqué dans les limites, d'autres traits symptomatologiques pourraient être explorés.

Le cognitif

Depuis plusieurs années, le centre de La Gandillonnerie a constaté qu'un nombre important de patients présentaient des troubles cognitifs associés à la consommation d'alcool, ce qui empêche ces personnes de bénéficier pleinement des thérapies proposées. Une réflexion est en cours de cheminement concernant une unité « alcool et troubles cognitifs ».

Parallèlement, même si nous ne l'avons pas exploité en ce sens, l'outil montage vidéo est un support à l'accompagnement des troubles cognitifs. En art-thérapie, il peut entrer en jeu dans les fonctions du langage, de la mémoire, de la planification, de l'attention (Winter, 2015).

Le relationnel

Cet aspect est important, d'autant plus que le patient a vu sa vie sociale être chamboulée. Nous l'avons un peu observé mais pas mesuré :

- M. C. et Mme Ch. ont créé une complicité et une entraide autour des séances.
- M. C. et M. H. ont, à l'issue de la projection de M. H., évoqué leur point commun de l'illettrisme.
- M. H. et M. N. (un autre patient ayant bénéficié d'une PES art-thérapeutique) ont échangé quant à l'utilité du support « film créé » afin de renouer une relation avec leurs enfants respectifs.
- M. C. a émis l'hypothèse que l'outil pouvait plaire à ses fils : perspective d'un futur partage.
- Pour les 3 patients dont nous avons parlé précisément, l'intention artistique était tournée vers une re-crédation de lien avec leur entourage.

4.3.2 Pour aller plus loin : l'atelier cinéma

A l'origine, nous aurions aimé mettre en place cette forme d'accompagnement de groupe en art-thérapie. Cependant, certaines limites ont entraîné un nouveau projet plus individuel avec le montage vidéo.

Dans une perspective d'atelier cinéma, il faudrait imaginer la participation d'un groupe de patients arrivés en même temps au CSSRA* et un projet se déroulant peut-être tout le long dès 3 mois.

Dans ce contexte, l'aspect du relationnel serait objectivable par des grilles d'évaluation. Aussi, l'image du corps pourrait être travaillée au regard d'un jeu d'acteur filmé.

L'association de plusieurs techniques est bénéfique en art-thérapie. L'atelier cinéma, dans toute sa complexité, apporterait alors sûrement d'autres richesses.

Il permettrait au patient d'expérimenter toutes les étapes de création du 7^{ème} art ou bien de choisir celles qui l'attirent ou dans lesquelles il se sent le plus à l'aise.

Ainsi :

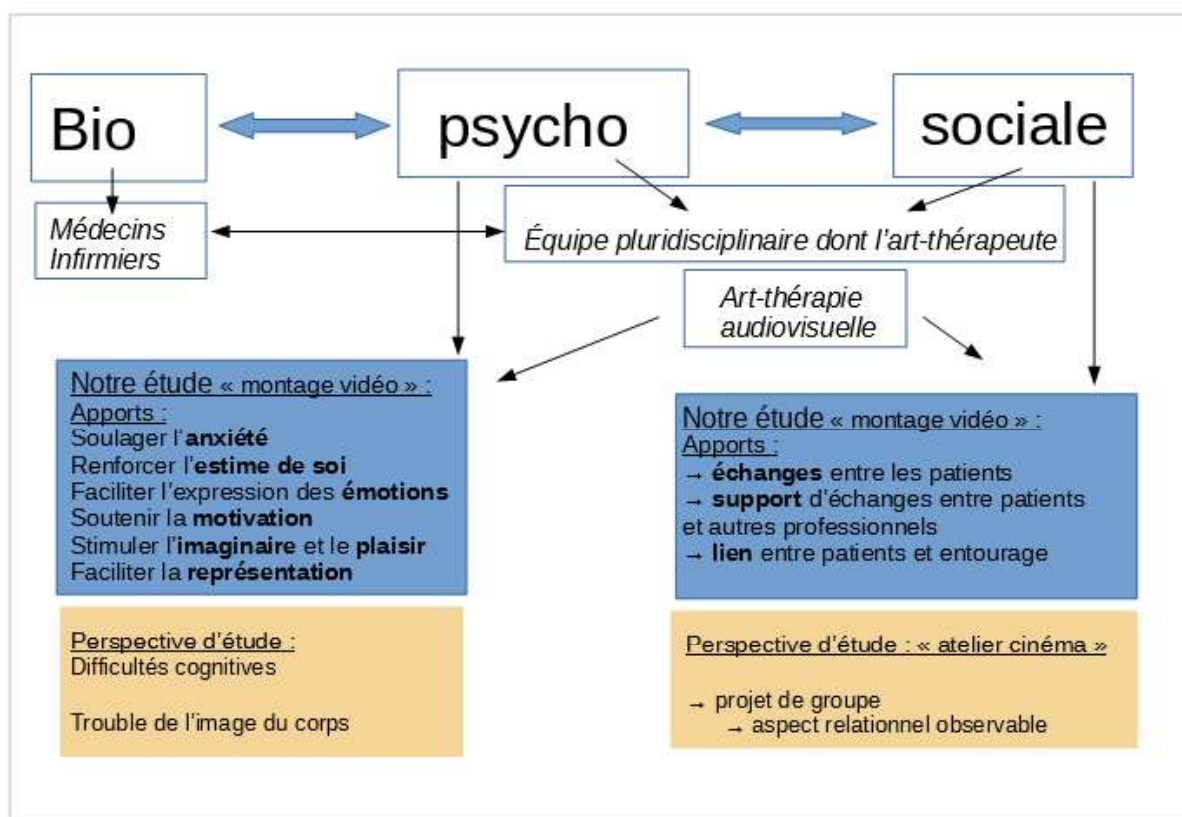
en vidéo-thérapie : le patient est spectateur,

en création de film : il est réalisateur-spectateur

en atelier cinéma : il serait à la fois acteur, réalisateur et spectateur.

NB : un tel atelier de groupe ferait sans doute l'objet d'une association avec un co-thérapeute et par conséquent une évaluation moins subjective.

Schéma-synthèse imaginé de la place de l'art-thérapie audiovisuelle en addictologie au regard de l'approche bio-psycho-sociale, apports et perspectives :



4.4 Cadre conceptuel de l'art-thérapie

Notre définition de l'art-thérapie (1.3.1) rejoint cette citation : « Le rôle du thérapeute se limite à créer des conditions favorables pour que le sujet mobilise ses ressources intérieures ». (Besançon, 1996, *Communiquer avec une victime de l'alcool, une prison à ouvrir*, p.118).

Le sac à dos

Les mots des patients ont apporté un regard supplémentaire à notre vision de l'art-thérapie. Lors de leur bilan de fin de prise en soin, M. C. et M. H. ont respectivement évoqué le fait d'avoir « vidé leur sac », ce qui manifeste une utilité au soulagement de la souffrance anxieuse. Néanmoins, cette remarque nous confronte aussi à l'un de nos autres objectifs, celui de remplir ce sac à dos d'outils pour « l'après », un monde extérieur que l'on imagine dangereux chez ces patients fragiles. En tant que soignant, nous ne sommes pas là pour garder le patient près de nous. Notre étayage est temporaire afin de lui transmettre des aides à emporter avec lui. En ce sens, la limite d'avoir proposé le montage vidéo en individuel, et non l'atelier cinéma en groupe, apporte un autre point positif : une plus grande facilité de réinvestissement personnel.

Dans notre étude, les 3 patients ont eu besoin de faire un lien entre l'œuvre et leur vécu. Pour deux d'entre eux, la réalisation avait même une fonction (DVD pour les proches). Pourtant,

l'art-thérapie c'est aussi cultiver un plaisir sans intérêt. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une fois ce besoin profond assouvi, ils pourraient apprendre à cultiver ce plaisir sans utilité, même si le support artistique est toujours là pour accompagner les futures difficultés.

Entre cadre et liberté

Nous avons vu dans ce travail qu'en parcourant le vaste et complexe sujet de l'alcoolodépendance, il est question de liberté, une liberté qui s'avère parfois menaçante mais nécessaire à la dignité et la qualité de vie. En opposition à cette liberté, un des enjeux majeurs est le rapport à la loi. « La pathologie empêche de reconnaître les limites posées par la loi et fait des alcooliques des délinquants. [...] Ils recherchent inconsciemment des limites extérieures à eux-mêmes. » (Monjauze, 2011, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, p.104). L'ensemble des soignants doit alors incarner cette fonction de tiers, de loi symbolique et de représentation des limites qui fait défaut au malade, afin de faire ressortir « la partie saine de sa personnalité » (p.106).

Nous émettons alors l'hypothèse que la pratique de l'art-thérapie audiovisuelle ait toute sa place dans ce juste équilibre : une liberté au sein d'un cadre. Notre travail en tant que soignant art-thérapeute est de faire et d'accompagner le patient à faire des allers et retours sans cesse entre cadre et liberté.

Il avait déjà été expérimenté dans des mémoires d'art-thérapie l'utilisation du montage vidéo en psychiatrie, toutefois le cadre et les consignes proposés offraient moins de liberté, car les objectifs étaient tout autres. En effet, il était demandé aux patients certes d'utiliser une table de montage sur logiciel mais ils devaient utiliser des *rushes** imposés dans une liste. (Petiot, 2016). Dans notre travail, nous avons pris le parti de laisser l'entière liberté des idées aux patients. Bien entendu, les composantes de la séance ont posé des limites mais nous avons assisté à la mise en place d'un double cadre. En effet, l'aspect contenant du cadre, dans des ateliers utilisant un tel médiateur, est doublé par une mise en abîme métaphorique des différents cadres composés par l'écran et les fenêtres du logiciel de montage. (Winter, 2015).

Le soignant aide le patient alcoolodépendant à surmonter les écueils à sa créativité : la difficulté à achever ce qui a été commencé, un défaut d'esprit critique accompagné de pessimisme et un défaut d'organisation car la « capacité d'anticipation utilisée pour bâtir des scénarios ne joue pas son rôle » (Gomez, *Clés pour sortir de l'alcool*, 2011, p. 131).

Puisqu'il est question d'une liberté totale des idées du patient, notre difficulté de soignant art-thérapeute est alors d'inhiber les améliorations à apporter (de notre point de vue), nos propres envies artistiques projetées sur l'œuvre, car elle ne nous appartient pas. Notre travail se limite à donner le nuancier de couleurs, ne pas influencer le choix de la peinture finale.

Parallèle entre art et vie

De passionnants moments d'échanges avec les patients concernant « les mots » ont ponctué les séances. Des parallèles naturels s'effectuaient entre la technique artistique et les difficultés ou désirs de vie : réaliser un film / se réaliser ; faire son cinéma ; se faire des films ; projection / se projeter...

Réaliser le rêve

Nous pensons qu'en art-thérapie, il est important de ne pas poser de limites dans la créativité, tant que les choix et le bien-être de l'autre sont respectés. Cela demande à l'art-thérapeute des adaptations. C'est explorer son art continuellement, sortir de son utilisation habituelle, en faire un outil de partage accessible, en cela notre métier se différencie d'autres avec lesquels ne pas le confondre. Nous ne sommes pas professeur de notre art, nous ne sommes pas l'artiste-modèle, mais nous sommes là pour utiliser le potentiel artistique enfoui de la personne en souffrance.

Nous l'avons vu notamment auprès de M. H. qui exprime en séance 6 la baisse de son anxiété quand il réalise que ses espérances seront bientôt visibles dans le résultat final. Aussi, en fin de sa séance 6, Mme Ch. prend notre main et notre épaule et dit : « merci, merci, c'est exactement ce que j'avais dans la tête ».

4.5 Posture soignante : humilité et complémentarité

Dans notre posture de soignant, que nous sommes depuis quelques années déjà, renforcée par cette nouvelle expérience, une notion nous tient particulièrement à cœur : celle de l'**humilité** qui consiste à être honnête avec soi-même, conscient de ses capacités mais aussi de ses limites (Arellano & al., 2015). Cette attitude prend tout son sens dans ce qui nous passionne : la notion d'**équipe**.

L'art-thérapie est un moyen AVEC les autres. Il s'agit d'une profession qui ne doit se prendre pour aucune autre mais s'enrichir des autres et les enrichir également.

Les patients eux-mêmes ont évoqué le fait que ce soit un levier pour d'autres soins. M. H. s'en est saisi afin de communiquer davantage en groupe de parole. M. N. (autre patient des PES) a indiqué au moment du bilan que l'art-thérapie avait été « un boosteur d'émotions » l'ayant étayé lors de ses entretiens avec le psychiatre et la psychologue.

Cela ne remet pas en cause notre spécificité, au contraire, cela indique la nécessité d'un accompagnement global et pluridisciplinaire.

La première conception du soignant le place au rôle d'un pivot parmi d'autres au sein de l'équipe, tandis que la seconde conception est centrée sur le patient (Arellano & al., 2015) qui connaît mieux que personne les aides dont il pourrait avoir besoin et qui bien souvent sont à l'intérieur de lui. De plus, **l'échange est dans les deux sens**. Concrètement ici, les patients nous ont aussi appris des astuces en découvrant à leur façon des fonctions du logiciel, grâce à leur instinct. Cela a été très valorisant pour eux.

Une nouvelle corde à notre arc

Nous sommes à l'origine orthophoniste et trouvons tout notre intérêt en art-thérapie car la création artistique permet au patient de trouver son propre langage.

De plus, le montage permet de représenter directement en images et vient symboliser ce que le langage verbal ne permet pas toujours de signifier (Winter 2015).

N'y a-t-il pas un parallèle entre l'assemblage des éléments dans la table de montage et l'association des mots pour en faire une phrase ou un discours ?

Il nous semble difficile dans notre cas personnel de dissocier la part orthophonique de la part art-thérapeutique.

Comme nous l'avons dit, le professionnel peut s'autoriser à compléter ses outils initiaux d'une manière moins conventionnelle que sa formation de base lui avait enseignée.

L'essentiel étant de rester soignant, attentif, adapté au patient, à sa pathologie et à la structure dans laquelle il est pris en soin afin d'être au plus juste.

PARTIE V CONCLUSION

L'art en soi n'est pas un soin. Si c'était le cas, il n'y aurait pas autant de grands artistes tombés dans les rouages de l'alcool et des drogues afin de panser les blessures de la vie. Nombreux sont les Hommes de sciences, les musiciens, les peintres, de toutes les époques, à avoir aussi désiré, par la consommation, croître leur inventivité, découvrir d'autres niveaux de conscience, se désinhiber de toute limite à la création.

Pourtant, au-delà du caractère destructeur largement prouvé des produits psychoactifs, la médecine démontre que l'on ne devient pas créateur uniquement en étant consommateur et que le but artistique s'atteint grâce à l'union du potentiel et du travail (Junier, 2018).

Certes, le malade alcoolique a vu son imaginaire s'appauvrir, mais peut-être parce qu'il a affaibli toute son énergie à combattre la dépendance et perdu tout intérêt à ce qui n'était pas la procuration de la substance.

En ce sens, l'art au service du soin dans le cadre de l'art-thérapie nous semble avoir toute sa place en addictologie, puisqu'il est question de faire découvrir au patient la recherche d'un autre plaisir en créant.

Cette expérience raconte que l'accompagnement en art-thérapie par l'art audiovisuel, et spécifiquement le montage vidéo, peut aider à soulager certaines souffrances engendrées par l'alcoololo-dépendance :

- Le dépôt des pensées négatives contribue à diminuer l'anxiété.
- Le rôle de réalisateur favorise l'estime de soi.
- L'association sentiments/images/musiques facilite l'identification et l'expression des émotions.
- La matérialisation d'une succession d'étapes soutient l'implication dans l'avenir et la motivation.
- L'expérience de créativité développe l'imaginaire.
- L'outil logiciel facilite la représentation.

Il en ressort également des perspectives d'études sur d'autres thèmes tels que les troubles cognitifs liés à la pathologie, la modification de l'image du corps ou encore le caractère relationnel fragilisé par la situation de dépendance. Pour cela, il s'agira toujours du même champ artistique, mais sous d'autres facettes.

Le contexte du CSSRA* nous semble propice à un tel accompagnement. En effet, des étapes ont déjà été franchies dans le parcours thérapeutique visant le maintien de l'abstinence (démarche initiale de désir de soin, sevrage, premiers entretiens).

Dans le cas de M. C., Mme Ch. et M. H., la prise en soin en art-thérapie s'est déroulée dans une temporalité qui nous paraît idéale, au milieu de leur séjour. Les patients ont pris leurs marques dans cet endroit un peu isolé du monde extérieur. Le produit a quitté le corps. Il doit encore quitter l'esprit mais c'est tout l'enjeu de soutien global, bio-psycho-social, de l'équipe pluridisciplinaire.

C'est au sein de cette succession d'étapes à franchir pour le patient, réussites ou échecs à surmonter encore, que nous nous situons. La symbolisation et le *feed-back** qu'offre le 7^{ème} art pourraient constituer des étayages sur le chemin de la prise de conscience du trouble. Il serait intéressant de réitérer une telle recherche en y intégrant une évaluation scientifique du niveau d'*insight* afin d'en mesurer les effets.

« La vidéo sur ordinateur semble au premier abord complexe, pourtant [...] il existe des moyens de simplifier son utilisation et la rendre accessible à tous. Ses nombreuses fonctions et ses champs d'application infinis en font justement un outil intrigant et valorisant, d'autant plus attractif qu'il est omniprésent dans notre société » (Winter, *Le montage vidéo : technique et créativité alliées d'un objectif thérapeutique*, p.61, 2015).

Le logiciel (avec sa trame, ses pistes distinctes de fonctionnalités, ses différentes fenêtres) constitue un cadre dans le cadre, limites dont ces patients ont besoin et qui garantissent aussi le fondement de notre pratique. En effet, le cadre occupe par définition des fonctions de contenance, de support ou de représentation de l'identité, de fonction symbolique et de régénération (Delbrouck, 2016).

Le logiciel est une médiation concrète qui permet d'ajouter des éléments, les modifier, les supprimer, les contrôler, les embellir, changer leur temporalité. Elle rend possible le mixage, c'est-à-dire le fait de mettre les morceaux ensemble. Il s'agit de la restauration d'une globalité qui permet d'y mettre du sens. La table de montage est alors peut-être une métaphore des processus de la pensée et de la connaissance de soi.

Nous espérons que le champ si riche de l'audiovisuel sera amené à se développer en art-thérapie. L'équipe avec laquelle nous avons tant échangé et partagé autour de cette expérience espère le développement concret de moyens propices à son intégration au CSSRA*.

BIBLIOGRAPHIE

ARELLANO M., DE ALMEIDA MARQUES L., MEYLAN C., *Humilité et empathie au premier plan, Pratique des soins*, in **Soins infirmiers**, n°2, 2015.

AUBIN H.-J., PAILLE F., GILLET C., RIGAUD A., *Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement, Recommandation de bonne pratique*, in **Alcoologie et Addictologie**, 5-84, 37 (1), 2015.

BESANCON F., *Communiquer avec une victime de l'alcool, une prison à ouvrir*, InterEditions, Paris, 1996.

BLEANDONU G., *La vidéo en thérapie : le choc de l'image de soi dans les soins psychologiques*, Editions ESF, Paris, 1986

BOCHAND L. & NANDRINO J.-L., Niveaux de conscience émotionnelle chez les sujets alcoolodépendants et abstinents, in **L'Encéphale**, 334-339, n°36, 2010.

DELBROUCK M., *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*, De Boeck Supérieur, 2016.

EVERS A., *Le grand livre de l'art-thérapie*, Eyrolles, 2015.

FARGES F. & FARGES S., *Alexithymie et substances psychoactives : revue clinique de la littérature*, in **Psychotropes**, 47-74, vol.8, n°2, 2002.

FOUQUET P., *Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme*, in **Evolution psychiatrique**, 231-251, n°11, 1951.

GAUTHIER J. & BOUCHARD S., *Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger*, in **Revue canadienne des sciences du comportement**, 559-578, 25(4), 1993.

GOMEZ H., *Clés pour sortir de l'alcool*, Collection Bacchus, Editions Erès, 2011.

GOMEZ H., *Le cinéma comme langage de soin*, Collection Bacchus, Editions Erès, 2016.

HAMEL J. & LABRECHE J., *Découvrir l'art-thérapie, Des mots sur les maux, Des couleurs sur les douleurs*, Larousse, Paris, 2010.

HARLIN G., L'ordinateur, un outil pour la rééducation, in **La revue de l'EPI**, 61-67, 84, 1996.

JAAFARI N., *L'insight en psychiatrie : concept et applications*, in **La Lettre du Psychiatre**, n°3-4, 2015.

JUNIER H., *La drogue rend-elle plus créatif ?*, in **Le Cercle Psy**, 36-37, n°27, 2018.

LACOSTE J., DANIEL M.-L., MEISSONNIER F., BACCONNIER, M., SENON J.-L., BELIN, D., JAAFARI, N., *Influence de l'insight sur l'efficacité de l'entretien motivationnel dans la prévention des rechutes chez des patients alcoolodépendants*, in **Annales Médico-Psychologiques**, 457-458, 169, 2011.

- LA GANDILLONNERIE, *Projet d'établissement 2017-2021*.
- LEJOYEUX M., *Addictologie*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013.
- LEJOYEUX M., *Addictologie*, 3^{ème} édition, Elsevier Masson, 2017.
- MAISONDIEU J., *Les alcooléens*, Bayard Editions, Paris, 1992.
- MONJAUZE M., *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, 3^{ème} édition, Editions In Press, 2011.
- MONJAUZE M., *Pour une nouvelle clinique de l'alcoolisme*, Editions In Press, 2011.
- PASQUIER A., *Les troubles de l'émotion*, in **Santé Mentale**, 32-36, n°177.
- PETIOT J., *Vidéothérapie et mécanismes de défense : vers une souplesse psychique*, Mémoire de DESU Pratiques Cliniques & Arts Visuels, Paris 8, 2016.
- PINEL V., *Techniques du cinéma*, Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 2017.
- REYNAUD M., *Addictologie et psychiatrie : allons-nous enfin célébrer un mariage de raison ?*, in **L'information psychiatrique**, 593-596, vol.85, n°7, 2009.
- ROLLAND B. & BENZEROUK F., *Promouvoir les débats cliniques en addictologie*, in **Le Courrier des addictions**, 3-4, n°4, 2016.
- ROUSSET-ROUARD Y., *Les 100 mots du cinéma*, Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 2018.
- SAINT AUBERT (de) C. & SGARD F., *Soigner les addictions par les TCC*, Elsevier Masson, 2013.
- TIMARY (de) P., *L'alcoolisme est-il une fatalité ? Comprendre et inverser une spirale infernale*, Editions Mardaga, Bruxelles, 2016.
- TISSERON S., *Les écrans : apprendre à s'en passer, apprendre à s'en servir*, in **NECTART***, 29-38, n°3, 2016.
- VEYRAT J.-G. & KLOTCHKOFF P., *L'utilisation du cinéma et de la vidéo comme support thérapeutique*, in **La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale**, 9-12, vol.13, n°110, 2009.
- WINTER S., *Le montage vidéo : technique et créativité alliées d'un objectif thérapeutique*, Mémoire de recherche, Master 2 arts-thérapies Sorbonne Paris, 2015.
- ZEIDAN J., *Les différentes mesures du bien-être subjectif*, in **Revue française d'économie**, 35-70, n°3, 2012.

WEBOGRAPHIE

HAS, 2014. *Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10)*

<https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../fr/annexe-criteres-cim-10-abus-dependance>
consulté le 30/04/2018

JAAFARI N. & DAUGA D., *Insight et capacité à consentir aux soins*, 2012

http://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_150856-insight-et-capacite-a-consentir-aux-soins.pdf
consulté le 27/05/2018

KLINGEMANN H., 2001. *L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée*. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.

<http://www.appel-arlon.net/tele.html>
consulté le 30/04/2018

OMS, mars 2004

<http://www.who.int/fr>
consulté le 5/03/2018

VALLEUR M. & CARIA A., *Troubles addictifs*, 2016

<http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-addictifs>
consulté le 28/11/2017

GLOSSAIRE

Abstinence	Renoncement volontaire et durable à une pratique addictive.
AECV	Atelier d'Expression Corporelle et Verbale.
AFPA	Agence nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes. Le stage AFPA proposé par la Gandillonnerie est une session de pré-formation socio-professionnelle qui consiste à accompagner les patients dans leurs démarches de réinsertion pour l'avenir (point sur la situation actuelle, recherches, administratif, informatique...).
Alexithymie	Le terme d'alexithymie signifie littéralement l'« absence de mots pour décrire les émotions ». Il s'agit d'un concept transversal visant à rendre compte des difficultés voire d'une absence de symbolisation des affects ne se traduisant que par les voies physiologiques (sensations, douleurs). Si à l'origine elle était considérée comme spécifique aux patients psychosomatiques, l'alexithymie est aujourd'hui identifiée comme une modalité de fonctionnement présente aussi bien dans la population générale que dans diverses pathologies (anxiété, dépression, addictions...). (Pasquier, 2013)
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Antipyrétique	Médicament destiné à abaisser la température corporelle ou à diminuer la fièvre.
Anxiété-état	L'anxiété-état est un ensemble de cognitions et d'affects momentanés face à une situation menaçante.
Anxiété-trait	L'anxiété-trait est une disposition durable de la personnalité.
Anxiolytique	Médicament destiné à lutter contre l'anxiété.
Auditorium	Salle aménagée destinée à l'écoute, l'enregistrement ou la projection d'œuvres musicales, théâtrales, cinématographiques.
Benzodiazépines	Les benzodiazépines sont les substances anxiolytiques les plus utilisées. Elles présentent un potentiel addictif très marqué.
BPCO	La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie chronique inflammatoire qui touche les bronches. Sa principale cause est le tabagisme.
CIM 10	10 ^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies, publiée par l'OMS*.
CIPAT	Antenne de l'unité alcoologie reliée à un CSAPA*.
Co-occurrence	En médecine, concept relié à la comorbidité*.
Comorbidité	La comorbidité désigne les maladies qui en accompagnent souvent une autre. En psychiatrie, elle annonce plusieurs tableaux cliniques correspondant à différents troubles. L'OMS* donne une définition plus précise encore, liée à la consommation de drogues : « co-occurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique ».

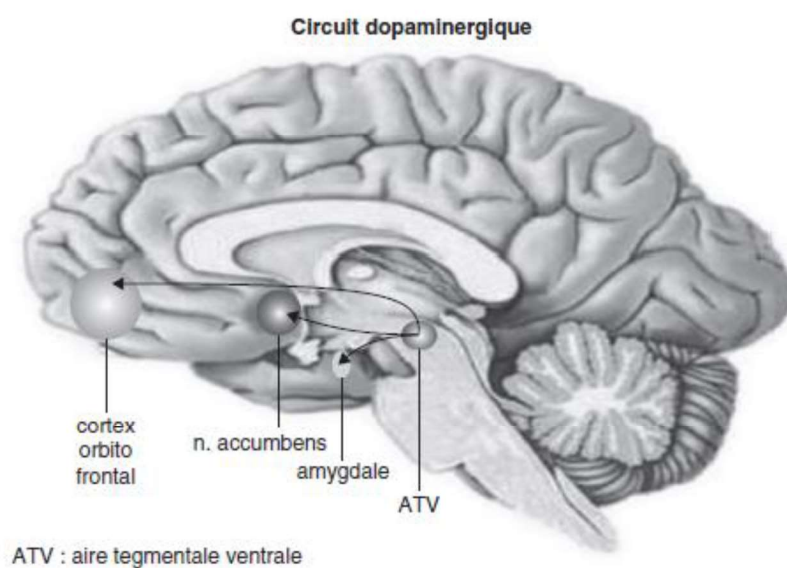
CMP	Centre Médico Psychologique, service public d'accueil et de consultations ouvert à toute personne adulte présentant une difficulté d'ordre psychologique ou psychiatrique.
Craving	Envie/besoin irréspressible de consommer la substance.
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, structures médico-sociales déployées partout en France qui assurent des missions d'accueil, d'information, de prévention, d'évaluation et d'orientation vers une prise en charge, aussi bien pour les patients que pour leur entourage.
CSSRA	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie.
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel.
DSM 5	Dernière et 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (en anglais <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>).
Dopamine	La dopamine est une hormone et un neurotransmetteur en relation avec les systèmes du plaisir et de récompense du cerveau.
DVD	De l'anglais Digital Versatile Disc (« <i>disque numérique polyvalent</i> »), est un disque optique utilisé pour la sauvegarde et le stockage de données sous forme numérique.
Feed-back	« Rétroaction » en français. En psychologie : le sujet doit comprendre que le cours des événements dépend de son action initiale, ce qui en permet la régulation. En TCC*, c'est un principe de base par lequel le thérapeute retourne au patient des informations sur la conduite ou la performance à améliorer. Le <i>feed-back</i> a une fonction de renforçateur positif ou négatif.
Hallucinogène	Substance chimique psychotrope* qui induit des hallucinations, c'est-à-dire qui modifie les perceptions sensorielles.
HAS	Haute Autorité de Santé, elle évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé.
IEM	Institut d'Education Motrice, établissement médico-social qui propose des accompagnements d'enfants et adolescents porteurs d'une déficience motrice d'origine cérébrale.
IMRAD	de l'anglais <i>Introduction, Methods, Results And Discussion</i>
Insight	La notion d' <i>insight</i> * s'avère complexe. Apparue en France au milieu de XIXe siècle, le concept est étudié en psychiatrie, traduit en français par « la conscience du trouble ». Cette définition varie selon les auteurs et selon les courants de pensée (Jaafari, 2015).
Manque (état de /syndrome de)	Le syndrome de manque est l'ensemble de signes qui témoignent chez un toxicomane d'un manque du produit qu'il utilise.

<i>Mindfulness</i>	En français « pleine conscience ». En Occident, la pleine conscience est utilisée comme une thérapie ayant pour but la réduction du stress et la prévention de rechutes dépressives.
NECTART	Nouveaux Enjeux dans la Culture, Transformations Artistiques et Révolution Technologique : cette revue semestrielle traite des enjeux que posent l'art et la culture dans notre société mondialisée, connectée et interculturelle.
Observance	Adéquation entre le comportement du patient et son projet thérapeutique.
OMS	L'Organisation Mondiale de la Santé est l'institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) pour la santé publique créée en 1948.
PAI	Plan d'Accompagnement Individualisé du patient.
PES	Prise en soin.
PHARES	Programme vidéo d'aide cognitivo-comportementale dans la prévention de la rechute alcoolique.
Psychoactif (ve)	Désigne un produit/une substance ayant un effet sur l'activité cérébrale au niveau du système nerveux central.
Psychotrope	Synonyme de psychoactif*.
Rechute	Encore appelée « ré-alcoolisation ».
<i>Rushes</i>	Prises de vues telles qu'elles apparaissent au retour du développement de ce qui a été filmé, avant le choix du montage.
Sevrage	Le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool. Le syndrome de sevrage recouvre les manifestations symptomatologiques dans les suites immédiates ou différées. Elles traduisent un état de manque* physique et psychique.
SFA	Société Française d'Alcoologie.
Socio-esthétique	La socio-esthétique est une pratique de soins esthétiques adaptés pour les populations en souffrance. Le métier de socio-esthéticien consiste à aider des patients à accepter la modification de leur image corporelle. Par ses soins, le socio-esthéticien contribue au bien-être et à la prise de conscience de leur corps et de leur image par les personnes malades ou en détresse sociale.
TCC	Les Thérapies-Cognitivo-Comportementales (domaine de la psychologie clinique) sont une référence dans le cadre de la résolution des problèmes de consommation d'alcool. Il s'agit d'essayer de modifier la façon de penser afin de faire disparaître les comportements stéréotypés en lien avec la consommation impulsive du produit. Ils apportent un soutien précieux dans le cadre du sevrage environnemental délétère.

ANNEXES

ANNEXE A : Le circuit dopaminergique

Source : Chapitre 4 Neurobiologie et addictions, *Addictologie*, 3^{ème} édition, sous la direction de Michel Lejoyeux, Elsevier Masson, 2017



ANNEXE B : Echelle scientifique d'auto-évaluation du patient

Echelle d'auto-évaluation en art-thérapie

version homme

Confidentiel

NOM DU PATIENT :

DATE :

	1-jamais	2-rarement	3-de temps en temps	4-assez souvent	5-beaucoup
Thème 1 Anxiété <i>inspiré de l'adaptation canadienne-française Gauthier et Bouchard (1993) du questionnaire d'anxiété-trait de Spielberg</i>					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Thème 2 Estime de soi <i>inspiré de la traduction française Chambon (1992) de l'échelle de Rosenberg</i>					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Suite de l'ANNEXE B

	1-jamais	2-rarement	3-de temps en temps	4-assez souvent	5-toujours
Thème 3 Conscience émotionnelle et expression des sentiments <i>inspiré de la version française Marchand et Loas de l'échelle d'alexithymie TAS-20</i>					
15 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
16 J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
17 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
Thème 4 Motivation au changement et autonomie					
18 J'arrive à avoir des projets.					
19 Je me sens motivé pour le changement.					
20 Je pense à un avenir positif.					
21 Je suis capable de prendre des décisions, faire des choix.					
22 Je me sens capable de me prendre en charge, d'utiliser les bonnes ressources de façon autonome.					
Thème 5 Plaisir, imaginaire et créativité					
23 J'arrive à me divertir et me détendre.					
24 Je peux éprouver du plaisir, autre que celui de l'addiction.					
25 J'ai des centres d'intérêts.					
26 J'ai tendance à m'ennuyer, ne pas avoir d'idées.					
27 Je me sens créatif, imaginatif.					

Question ouverte en début de prise en soin : Selon vous, que pourrait vous apporter l'art-thérapie ?

Question ouverte en fin de prise en soin : Que vous a spécifiquement apporté l'art-thérapie ?

Cotation normale

Cotation inversée

ANNEXE C : Grille d'évaluation et ses items

Cotation des items :

1-pas du tout 2-un peu/rarement 3-de temps en temps/moyennement 4-assez/souvent 5-beaucoup

S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10

Thème 1 : Anxiété										
Objectif 1 : Contribuer à soulager la souffrance anxieuse liée à la situation d'alcool-dépendance										
manifeste de la nervosité										
manifeste de l'inquiétude										
verbalise des pensées négatives										
se plaint de problèmes physiques ou de douleurs										

Thème 2 : Estime de soi										
Objectif 2 : Participer au renforcement de l'estime de soi grâce à la réalisation d'un projet										
exprime de la fierté										
emploie des mots positifs à son égard (qualités)										
montre de l'assurance										
prend conscience de ses capacités à travers l'activité										
manifeste de la satisfaction face aux résultats des productions										

Thème 3 : Conscience émotionnelle et expression des sentiments										
Objectif 3 : Faciliter l'expression des émotions et des sentiments dans un cadre de confiance										
décrit facilement ses sentiments										
exprime l'importance d'être conscient de ses émotions										
évoque son passé ou des éléments de son histoire à travers les productions										
manifeste de la confiance envers l'autre (l'art-thérapeute)										

Thème 4 : Motivation au changement et autonomie										
Objectif 4 : Soutenir l'utilisation de ressources propres et l'élaboration de projets positifs pour l'avenir										
s'engage spontanément dans le projet										
verbalise sa motivation										
manifeste l'envie d'expérimenter physiquement l'outil (le logiciel)										
manipule l'outil										
cherche des informations sur l'outil										
aborde spontanément le sujet du futur au sein du projet										
évoque un avenir positif										

Thème 5 : Plaisir, imaginaire et créativité										
Objectif 5 : Stimuler l'imaginaire et le plaisir en proposant une expérience de créativité										
trouve l'inspiration sans étayage										
exprime ses propres idées										
se concentre pendant l'activité										
manifeste du plaisir pendant l'activité										
diversifie sa création au moyen des fonctionnalités de l'outil										
recherche un caractère esthétique dans la réalisation										

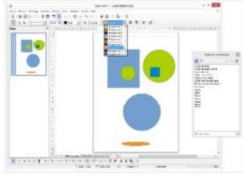
Thème 6 : Défaut de représentation										
Objectif 6 : Faciliter la représentation / la symbolisation grâce à la pratique du montage vidéo										
planifie facilement le déroulé du projet										
représente/symbolise les idées à travers les composantes du logiciel (images, musiques...)										
recherche une harmonie fond/forme										

ANNEXE D : Auto-évaluation du patient à chaque fin de séance

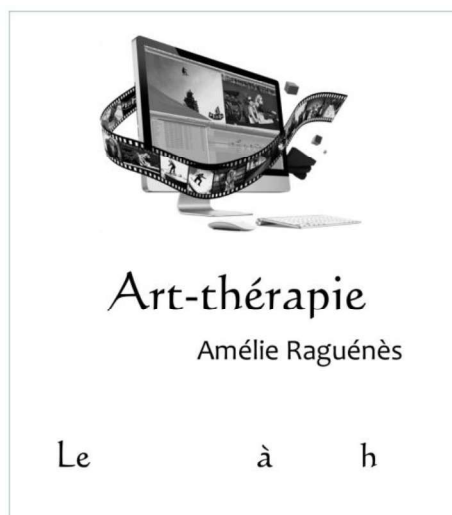
AUTO-ÉVALUATION À CHAQUE SÉANCE

	1	2	3	4	5
A-Ressenti /plaisir pendant la séance	Déplaisir	Peu de plaisir	Hésite	Plaisir	Beaucoup de plaisir
B-Satisfaction de la production	Très déçu(e)	Insatisfait(e)	Peut mieux faire à améliorer	Plutôt satisfait(e)	Enthousiaste
C-Envie de poursuivre les séances	Non pas du tout	Peu de désir	Hésite	Plutôt motivé(e)	Enthousiaste
D-Désir de montrer la production	Non pas du tout	Peu de désir	Hésite	Envisage de la montrer	Très envie de la montrer
E-Envie de poursuivre les pratiques seul(e)	Non pas du tout	Peu de désir	Hésite	Envisage de poursuivre	Très envie de poursuivre
Commentaire					

ANNEXE E : Supports artistiques proposés aux patients

Ce que je peux vous proposer :		Prises de vues
		
Montage vidéo (association images/musiques/textes)	Montage photo style affiche	Enregistrement de la parole ou de bruits/sons
		

ANNEXE F : Modèle de papier de rendez-vous



ANNEXE G : Autorisation d'utilisation des œuvres

AUTORISATION D'UTILISATION DES PRODUCTIONS REALISEES LORS DE SEANCES D'ART-THERAPIE

Je soussigné(e)

autorise Amélie Raguénès, étudiante en art-thérapie au Diplôme Universitaire de la faculté de Médecine de Poitiers, à utiliser les travaux réalisés en séances d'art-thérapie au sein de l'établissement La Gandillonnerie (Centre de S.S.R. en addictologie à Payroux, 86) et à en faire une utilisation dans un cadre universitaire (rédaction d'un mémoire scientifique et soutenance de ce mémoire), dans le respect de la vie privée, l'anonymat, le cadre déontologique.

Les droits des œuvres appartiennent uniquement à leur auteur. Leur diffusion ne doit en aucun cas se faire dans un quelconque autre cadre.

Je m'engage par la présente à ne pas poursuivre Amélie Raguénès dans le cadre de l'utilisation précitée de mes productions.

Fait à

Le

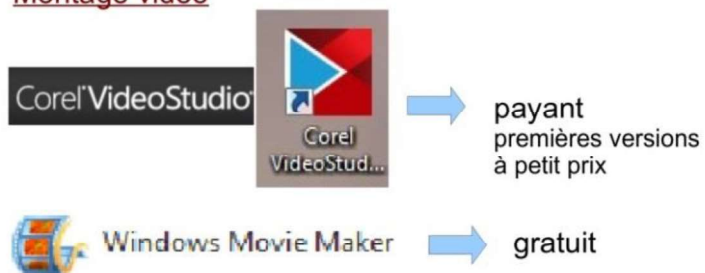
Signature du patient

Signature de l'étudiante

ANNEXE H : Document remis au patient à la fin de la prise en soin

Pour que vous continuiez à développer
votre créativité,
voilà les logiciels :

Montage vidéo

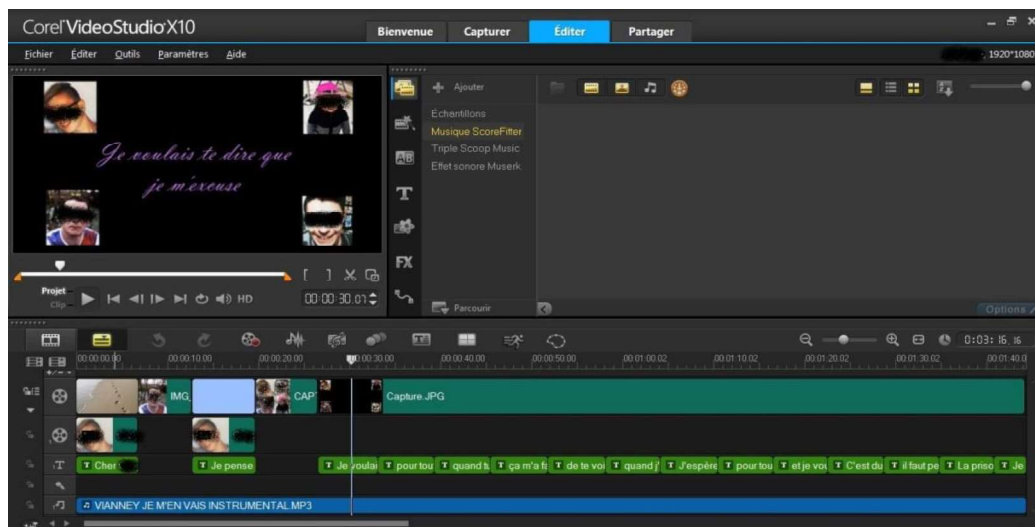


Retouche photos

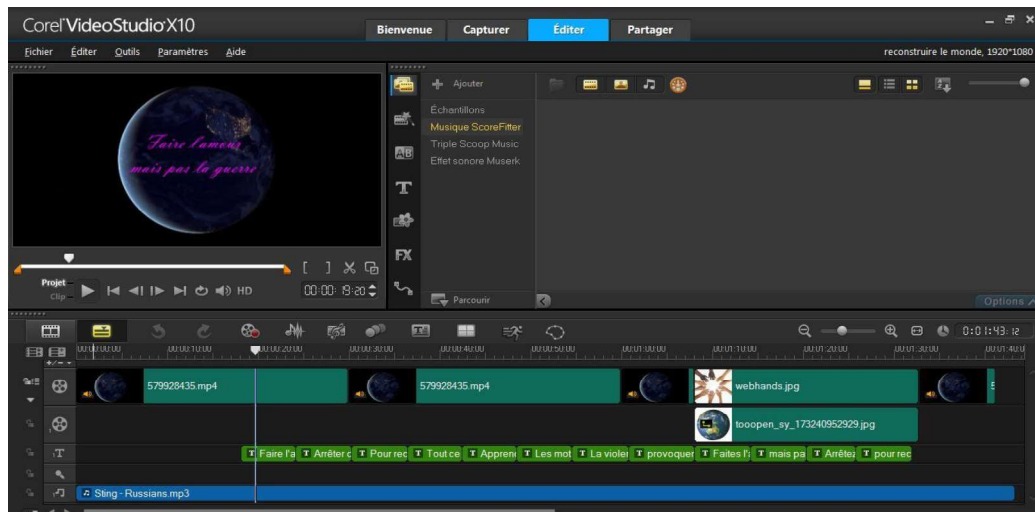


ANNEXE I : Exemples de captures d'écran de la table de montage lors des réalisations des patients

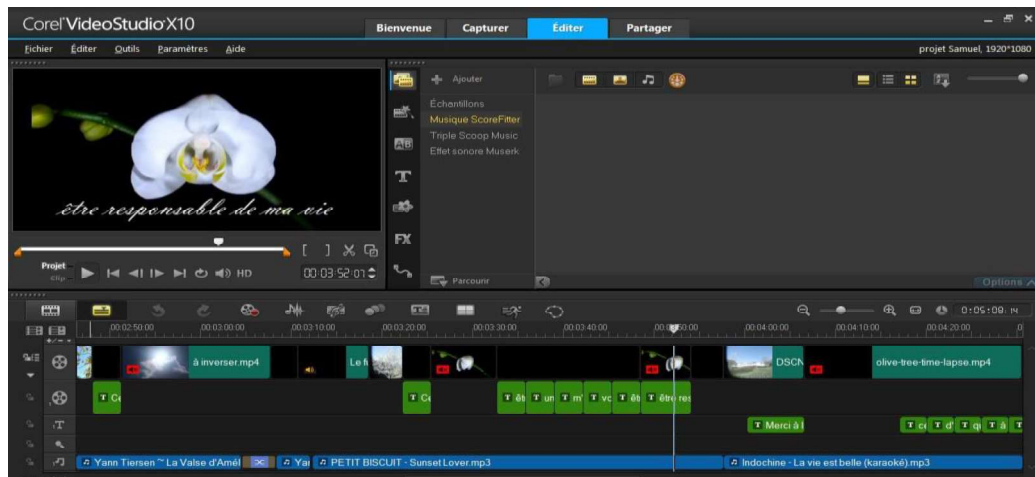
Annexe I1 : Capture d'écran du projet 1 de M. C.



Annexe I2 : Capture d'écran du projet 1 de Mme Ch.



Annexe I3: Capture d'écran du projet de M. H.



ANNEXE J : DVD des réalisations des patients (versions anonymisées)

1- Film 1 M. C.

2- Film 2 M. C.

3- Film 3 M. C.

4- Film 1 Mme Ch.

5- Film 2 Mme Ch.

6- Film M. H.

Le DVD est à lire sur ordinateur.

ANNEXE K : Liste des actes techniques réalisés par les patients au moyen des logiciels

(par ordre alphabétique)

Adaptation de la durée de l'élément (découpage, allongement...)

Ajout d'effets vidéo

Ajout de transition

Assemblage / incrustation de plusieurs images

Changer l'ordre des éléments

Choix :

- couleur du texte

- images

- musiques

- police d'écriture

- taille du texte

Fonction lecture/pause

Importation des éléments sur la bonne piste de la table de montage

Insérer du texte

Modification de l'image à l'aide de filtres

Recadrage de l'image

Repérage des différentes pistes

Repérage des fonctions principales

Supprimer un élément

Synchronisation des éléments des différentes pistes

Trier des médias dans des dossiers pour organiser

ANNEXE L : Liste des musiques écoutées

Choix des patients pour leurs projets

Monsieur C.	
Projet 1	Vianney. « Je m'en vais ». <i>Vianney</i> (2016)
Projet 2	Vianney. « Je m'en vais ». <i>Vianney</i> (2016)
Projet 3	Jean-Jacques Goldman. « Comme toi ». <i>Jean-Jacques Goldman</i> (1983)
Madame Ch.	
Projet 1	Sting. « Russians ». <i>The Dream of the Blue Turtles</i> (1985)
Projet 2	Francis Lalanne. « On se retrouvera ». <i>Bande Originale Le Passage</i> (1986)
Monsieur H.	
Projet	Ridsa. « Pardon ». <i>Tranquille</i> (2015)
	Yann Tiersen. « La valse d'Amélie », version orchestre. <i>Bande Originale Le Fabuleux Destin d'Amélie Poulain</i> (2001).
	Petit Biscuit. « Sunset Lover ». <i>Presence</i> (2017).
	Indochine. « La vie est belle », version instrumentale. <i>13</i> (2017).

Musiques écoutées pendant les séances (liste non exhaustive)

Extraits de l'album *Away We Go*, Alexi Murdoch (2009)

Extraits de l'album *Flying Club Cup*, Beirut (2007)

Extraits de l'album *Le Fabuleux Destin d'Amélie Poulain*, Yann Tiersen (2001)

Extraits de l'album *Intouchables*, Ludovico Einaudi (2011)

Extraits de l'album *Clair de Lune*, Erik Satie, Claude Debussy, Francis Poulenc, Kun-Woo Paik (1991)

Extraits de l'album *Presence*, Petit biscuit (2017).

Extraits de l'album *Hanoi*, Indochine (2007)

Extraits de l'album *LUX*, EZ3kiel (2014)

Extraits de l'album *Mr Beast*, Mogwai (2006)

L'ART-THERAPIE AUDIOVISUELLE EN ADDICTOLOGIE : le montage vidéo, un outil pour accompagner les patients souffrant d'alcool-dépendance

Résumé :

L'Organisation Mondiale de la Santé affirme que l'alcool-dépendance est une maladie à part entière, avec ses causes et ses manifestations biologiques et comportementales.

Il ne s'agit pas dans ce travail de prétendre agir directement sur la pathologie, mais de mettre en place une prise en soin visant à soulager au mieux les conséquences qu'elle engendre, et en mesurer les effets par un protocole.

Ce mémoire relate l'expérience de l'utilisation de l'art-thérapie audiovisuelle, précisément par le montage vidéo, auprès de patients en Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en Addictologie pour malades alcooliques.

L'enjeu de cette étude est de mettre en lumière la pertinence d'un accompagnement dans ce domaine, au moyen d'un support peu développé encore en art-thérapie, ainsi que sa place dans le parcours de soin pluridisciplinaire bio-psycho-social.

Mots clés : Alcool-dépendance, alcool, art-thérapie, addictologie, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA), audiovisuel, montage vidéo

AUDIOVISUAL ART THERAPY IN ADDICTOLOGY: video editing, a method to accompany patients with dependence to alcohol

Abstract :

World Health Organization tells us that dependence to alcohol is a fully-fledged illness, with its biological and behavioral causes.

This study isn't about curing this illness but finding a way to sooth it's consequences and mesuring the effects with a particular protocole.

This paper shows us an experiment on patients from the Following Care and Rehabilitation Center in Addictology using audiovisual art therapy, precisely video editing, as part of their treatment.

This study wants to highlight the relevants of such an accompaniment in this field, using a relatively new method in art therapy. It also demonstates the importants of its place in the multidisciplinary rehabilitation process : biological-psychological and social.

Key words : Dependence to alcohol (or alcoholic), alcohol, art therapy, addictology, Following Care and Rehabilitation Center in Addictology, audiovisual, video editing