

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE ICL**

**Étude de l'impact de l'Art-thérapie moderne  
sur l'intensité du craving auprès de personnes  
souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool dans  
le cadre de leur suivi au sein d'un Centre de  
Soin, d'Accompagnement et de Prévention en  
Addictologie (CSAPA).**

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la fa-  
culté de médecine de Lille.**

Présenté par  
**Julie JEANNIN**

**Année 2024**

Structure d'accueil :  
**Centre de Soin, d'Accompagnement et de  
Prévention en Addictologie (CSAPA)**  
7 Rue du Dr René Arbeltier 77120 Coulommiers  
**Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)**

Sous la direction du :  
**Dr SCLIFFET Damien**  
Psychiatre addictologue  
Praticien hospitalier

Maître de stage :  
**Dr ROYER Mathieu**  
Responsable unité médicale du site et addictologue



**FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE ICL**

**Étude de l'impact de l'Art-thérapie moderne  
sur l'intensité du craving auprès de personnes  
souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool dans  
le cadre de leur suivi au sein d'un Centre de  
Soin, d'Accompagnement et de Prévention en  
Addictologie (CSAPA).**

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la fa-  
culté de médecine de Lille.**

Présenté par  
**Julie JEANNIN**

**Année 2024**

Structure d'accueil :  
**Centre de Soin, d'Accompagnement et de  
Prévention en Addictologie (CSAPA)**  
7 Rue du Dr René Arbeltier 77120 Coulommiers  
**Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)**

Sous la direction du :  
**Dr SCLIFFET Damien**  
Psychiatre addictologue  
Praticien hospitalier

Maître de stage :  
**Dr ROYER Mathieu**  
Responsable unité médicale du site et addictologue



## Les remerciements

Ma première pensée sera pour **chacun des patients** que j'ai eu le privilège d'accompagner durant ce stage. Je tiens à les remercier pour leur confiance et leur persévérance durant ces ateliers d'Art-thérapie. Merci pour ces échanges qui m'ont permis d'améliorer mon travail et d'enrichir ma pratique.

Je tiens également à remercier tous ceux qui ont permis la réalisation de cette étude.

Tout d'abord, merci au **Dr ROYER Mathieu** addictologue et responsable du site qui m'a permis d'intégrer l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA.

Une pensée particulière pour **chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire** (médecins, infirmières, assistante sociale) pour leur bienveillance, leur accueil et leurs conseils. Ils ont chacun veillé à ce que je ne manque de rien et se sont véritablement montrés curieux de cette discipline, soucieux de mon bien-être et intégrateurs. Je suis chanceuse d'avoir pu réaliser ce stage dans un cadre aussi privilégié. Merci pour cette belle aventure.

Je souhaite remercier également **les intervenants et formateurs** rencontrés durant ce diplôme universitaire, qui, par leurs conseils, la qualité de leurs enseignements et leur bienveillance nous ont permis de grandir. Ils nous ont transmis leurs savoirs mais surtout les valeurs de ce beau métier. Je tiens aussi à adresser un remerciement à **l'équipe administrative** de ce Diplôme Universitaire pour leur disponibilité et leur efficacité qui nous ont grandement facilité l'accès à ces études.

Merci à mon directeur d'article le **Dr SCLIFFET Damien** d'avoir manifesté un réel intérêt pour ce travail de recherche. Merci à lui pour ces temps de relecture et d'échange qui m'ont permis de réaliser ce manuscrit. Votre expérience et votre investissement m'ont été précieux.

Sans oublier **mes collègues de promotion** qui ont toujours été là dans les moments de doute. Nos échanges tout au long de la formation ont enrichi ma pratique et m'ont apporté la confiance nécessaire pour aller au bout de ce projet. Merci à eux.

Merci enfin à **ma famille et mes amis**, d'avoir cru en moi et en ce nouveau projet. C'est votre soutien sans faille, depuis des années maintenant, qui m'a donné la force de devenir Art-thérapeute.

À ce beau projet qui ne fait que commencer.

<b>LES REMERCIEMENTS .....</b>	<b>.....</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>.....</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE : L'ATM À DOMINANTES* PEINTURE, ÉCRITURE, COLLAGE ET ORIGAMI A ÉTÉ PROPOSÉE À DES PATIENTS DU CSAPA SOUFFRANT D'UN TUA.....</b>	<b>1</b>
A.    LE CSAPA DE COULOMMIERS EST UNE STRUCTURE INNOVANTE QUI ACCUEILLE UNE GRANDE MAJORITÉ DE PATIENT ADULTES ATTEINTS D'UN TUA.....	1
1. <i>Le CSAPA permet une prise en charge en addictologie complète et personnalisée.</i> .....	1
2. <i>Le trouble de l'usage d'alcool est une addiction.</i> .....	1
a)    Il existe deux outils différents pour diagnostiquer une addiction. ....	1
b)    L'addiction active trois circuits neuronaux spécifiques. ....	2
3. <i>Le TUA engendre des souffrances physiques, mentales et sociales et impacte principalement les besoins physiologiques, de sécurité, d'estime et d'appartenance du patient.</i> .....	2
B.    LE CRAVING EST UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE ET CENTRAL DANS LA DYNAMIQUE ADDICTIVE.....	2
1. <i>Selon différentes études récentes, le craving est le principal prédicteur de rechute.</i> .....	2
2. <i>L'anxiété et l'alexithymie alimentent le craving.</i> .....	3
3. <i>L'équipe pluridisciplinaire du CSAPA de Coulommiers désigne le craving comme un objectif de soin à privilégier lors de cette étude.</i> .....	3
C.    L'ATM FAVORISE LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (CPS)* POUR PERMETTRE AUX SUJETS SOUFFRANT D'UN TUA DE DIMINUER LEUR ANXIÉTÉ ET DE RESTAURER LEURS FONCTIONS EXÉCUTIVES AFIN DE LUTTER CONTRE LE CRAVING. ....	3
1. <i>L'ATM est une discipline paramédicale qui place le patient au cœur de la PEC.</i> .....	3
a)    L'Art-thérapie moderne est un soin de support qui s'inscrit dans une démarche humaniste et répond à un protocole scientifique et thérapeutique précis. ....	3
b)    Les différents outils d'analyse art-thérapeutiques permettent de fournir une évaluation qui soit la plus précise et la plus objective possible. ....	3
2. <i>L'Art-thérapie moderne permet de répondre aux besoins des patients souffrant d'un TUA notamment en permettant le développement de différentes CPS.</i> .....	4
a)    L'Art-thérapie moderne utilise l'Art comme un processeur de soin. ....	4
b)    Les spécificités de la peinture, du collage, de l'écriture et de l'origami favorisent le développement de certaines CPS. ....	4
3. <i>L'Art-thérapie moderne permet de répondre à plusieurs objectifs de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA)* 2023-2027.</i> .....	4
<b>II. HYPOTHÈSE GÉNÉRALE : LA PEINTURE, LE COLLAGE, L'ÉCRITURE ET L'ORIGAMI FAVORISENT LE DÉVELOPPEMENT DES CPS DES PATIENTS SOUFFRANT DE TUA POUR LEUR PERMETTRE DE DIMINUER L'INTENSITÉ DE CRAVING HEBDOMADAIRE ET D'AMÉLIORER LEUR ESTIME DE SOI. ....</b>	<b>5</b>
A.    SOUS-HYPOTHÈSE 1 (SH1) : LE POUVOIR D'ENTRAÎNEMENT DE LA PEINTURE ET DU COLLAGE FAVORISE L'ÉMERGENCE DES GRATIFICATIONS SENSORIELLES ET L'AMÉLIORATION DE LA CONSIDÉRATION DE SOI AFIN DE DIMINUER L'ANXIÉTÉ, L'ALEXITHYMIE ET DE SATISFAIRE LE BESOIN DE SÉCURITÉ. ....	5
B.    SOUS-HYPOTHÈSE 2 (SH2) : LE POUVOIR ÉDUCATIF DE L'ÉCRITURE ET DE L'ORIGAMI PERMET DE DÉVELOPPER LES FONCTIONS EXÉCUTIVES TELLES QUE L'INHIBITION, LA PERSÉVÉRANCE ET LA PLANIFICATION DANS LE BUT DE DIMINUER LES COMPORTEMENTS IMPULSIFS, D'AMÉLIORER LA CONFIANCE EN SOI ET AINSI POUVOIR SATISFAIRE LES BESOINS DE MAÎTRISE ET D'ESTIME.....	5
C.    HYPOTHÈSE SECONDAIRE (HS) : LA PRODUCTION D'UNE ŒUVRE PERSONNELLE DANS LE TEMPS DE GROUPE OU BIEN LA PRODUCTION D'UNE ŒUVRE COLLECTIVE, FAVORISE LA COMMUNICATION, LA RELATION ET LES CAPACITÉS D'ASSERTIVITÉ POUR APPRENDRE À S'AFFIRMER AU SEIN DE RELATIONS SÉCURES, SORTIR DE LA SOLITUDE ET AINSI SATISFAIRE LE BESOIN D'APPARTENANCE.	5
5	
<b>III. MÉTHODES ET MATÉRIEL DE TRAVAIL : UN PROTOCOLE DE RECHERCHE A ÉTÉ ÉLABORÉ POUR RÉPONDRE AUX HYPOTHÈSES POSÉES.....</b>	<b>6</b>
A.    LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION ART-THÉRAPEUTIQUE ONT ÉTÉ ÉTABLIES EN PARTENARIAT AVEC L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE. ....	6
B.    LES CRITÈRES D'INCLUSION PERMETTENT DE CRÉER UNE COHORTE DE 4 PATIENTS. ....	6
C.    POUR RÉPONDRE AUX HYPOTHÈSES POSÉES, DIFFÉRENTS OUTILS D'ÉVALUATION ONT ÉTÉ UTILISÉS.....	6

1.	<i>L'Art-thérapeute utilise des outils d'hétéroévaluation pour observer l'évolution du patient au cours de la PEC.</i>	6
a)	Les échelles d'évaluation choisies ont fait l'objet d'une validation scientifique.	6
b)	Les CPS seront les items d'évaluation qui compléteront la fiche d'observation.	7
c)	Un questionnaire de fin d'étude sera adressé aux soignants du CSAPA.	7
2.	<i>Le patient participe activement à sa prise en charge grâce à des outils d'auto-évaluation.</i>	7
a)	L'évaluation de l'estime de soi sera possible grâce au cube harmonique.	7
b)	Pour répondre aux deux sous-hypothèses, un questionnaire à remplir avant et après les séances permettra d'observer l'évolution de l'anxiété et du craving.	7
c)	Pour affiner les observations cliniques, le questionnaire de fin de PEC permettra au patient d'exercer un retour critique sur leur suivi en ATM.	7
3.	<i>Les outils et échelles sont choisis au regard des hypothèses de l'étude menée.</i>	7
<b>IV. EXPÉRIENCE CLINIQUE : DESCRIPTIF CLINIQUE DE LA PEC DES QUATRE PATIENTS INCLUS DANS L'ÉTUDE. ...</b>		<b>8</b>
A.	LE SUIVI ART-THÉRAPEUTIQUE DE CHACUN DES PATIENTS FAIT L'OBJET D'UN DESCRIPTIF CLINIQUE.	8
<b>V. LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE SONT EXPOSÉS AU REGARD DES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL DU PROJET DE RECHERCHE.</b>		<b>8</b>
A.	L'HYPOTHÈSE GÉNÉRAL NOUS PERMET D'ÉVALUER L'ÉVOLUTION DU CRAVING HEBDOMADAIRE (OCDS) AINSI QUE CELUI DE L'ESTIME DE SOI (CUBE HARMONIQUE).	8
B.	LA PREMIÈRE SOUS-HYPOTHÈSE NOUS AMÈNE À ÉVALUER LA CONSIDÉRATION DE SOI DES PATIENTS AU FUR ET À MESURE DE LA PEC AINSI QUE L'ÉVOLUTION DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'ALEXITHYMIE.	9
C.	LA DEUXIÈME SOUS-HYPOTHÈSE NOUS PERMET D'OBSERVER L'ÉVOLUTION DES FONCTIONS EXÉCUTIVES, DE L'IMPULSIVITÉ ET DE LA CONFIANCE EN SOI DES PATIENTS.	10
D.	L'HYPOTHÈSE SECONDAIRE NOUS AMÈNE À ÉVALUER LE SENTIMENT DE SOLITUDE DES PATIENTS ET LEUR AFFIRMATION DE SOI PAR LA PRATIQUE ARTISTIQUE.	11
E.	LES QUESTIONNAIRES DE FIN DE PEC ADRESSÉS AUX PATIENTS ET AUX SOIGNANTS PERMETTENT DE COMPLÉTER LES ÉVALUATIONS DE L'ÉTUDE.	11
<b>VI. ANALYSE : LES DONNÉES OBTENUES SONT ANALYSÉES POUR RÉPONDRE AUX HYPOTHÈSES ET COMPARÉES À D'AUTRES ÉTUDES.</b>		<b>11</b>
A.	LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE AU REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE PERMETTENT DE RÉPONDRE À LA SOUS-HYPOTHÈSE (SH1).	11
B.	LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE AU REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE PERMETTENT DE RÉPONDRE À LA SOUS-HYPOTHÈSE (SH2).	12
C.	LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE AU REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE PERMETTENT DE RÉPONDRE À L'HYPOTHÈSE SECONDAIRE (HS).	13
D.	LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE AU REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE PERMETTENT DE RÉPONDRE À L'HYPOTHÈSE GÉNÉRALE.	13
<b>VII. L'ÉTUDE COMPORTE CERTAINS BIAIS ET LIMITES QUI OUVERT DES PERSPECTIVES.</b>		<b>14</b>
A.	L'ÉTUDE MENÉE COMPORTE DE NOMBREUX BIAIS ET DE NOMBREUSES LIMITES.	14
B.	LES OUTILS D'ÉVALUATION SONT À QUESTIONNER.	14
C.	AU REGARD DU CARACTÈRE ALÉATOIRE DU CRAVING QUI REND L'ÉTUDE DIFFICILE, LE PAS POURRAIT PERMETTRE AUX PATIENTS DE PÉRENNISER LES BÉNÉFICES DE L'ATM AU QUOTIDIEN.	15
<b>CONCLUSION</b>		<b>15</b>
<b>LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES.</b>		
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.</b>		
<b>ANNEXES.</b>		

# Glossaire

## Acronymes et sigles

**APA** : American Psychiatric Association  
**AT** : Art-thérapeute  
**ATM** : Art-Thérapie Moderne  
**CIM** : Classification Internationale des Maladies  
**CNV** : Communication Non Violente  
**CPS** : Compétences Psychosociales  
**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
**CT** : Cible Thérapeutique  
**ESUL** : Échelle Solitude de l'Université Laval  
**HAD** : Hospital Anxiety and Depression Scale  
**HAS** : Haute Autorité de Santé

**OA** : Opération Artistique  
**OCDS** : Obsessive Compulsive Drinking Scale  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PAP** : Projet d'Accompagnement Personnalisé  
**PEC** : Prise En Charge  
**RDRD** : Réduction Des Risques et Dommages  
**SA** : Site d'Action  
**SIMCA** : Stratégie Interministérielle de Mobilisation contre les Conduites Addictives  
**TAS-20** : Toronto Alexithymia Scale  
**TUA** : Trouble de l'Usage d'Alcool  
**TS** : Tentative de Suicide

## Glossaire médical ou se rapportant à l'addictologie

**Abstinence**<sup>1</sup> : Privations consenties dans une intention thérapeutique.

**Addiction**<sup>1</sup> : Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

**Alexithymie**<sup>2</sup> : Difficulté à identifier ses émotions, à distinguer les sensations corporelles des émotions, à décrire ses émotions aux autres, une pauvreté de la vie imaginaire.

**Anamnèse**<sup>3</sup> : Renseignements relatifs à un patient et à sa maladie ou sa pénalité.

**Anxiété**<sup>4</sup> : État de trouble psychique, plus ou moins intense et morbide, s'accompagnant de phénomènes physiques et causé par l'appréhension de faits de différents ordres.

**Cortex préfrontal**<sup>5</sup> : Partie du cerveau située derrière le front. Siège du raisonnement, de la prise de décision, régule les autres zones cérébrales où naissent les émotions primitives.

**Craving**<sup>6</sup> : Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer.

**Fonctions exécutives**<sup>7</sup> : Elles englobent une multitude d'habiletés, telles la planification, la flexibilité cognitive et l'inhibition de comportements automatiques, toutes reconnues pour contribuer au contrôle d'actions dirigées vers un but. Les fonctions exécutives sont essentielles à l'adaptation à des situations nouvelles.

**Homéostasie**<sup>4</sup> : Tendance d'un organisme à maintenir ou rétablir l'équilibre de ses constantes physiologiques, en particulier celles du milieu intérieur, malgré les perturbations externes.

**Qualité de vie**<sup>8</sup> : Perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement.

<sup>1</sup> ASSOCIATION Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie. *Addictionnaire*. [En ligne]. ANPAA, Février 2021. [Consulté le 3 octobre 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire\\_Bdef\\_lien.pdf](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf)

<sup>2</sup> TAYLOR, G. J. *Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment*. Am. J. Psychiatry, vol. 141, no 6, p. 725-732, juin 1984

<sup>3</sup> FORESTIER, Richard. *Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine*. Tours : Edition Favre, 2017

<sup>4</sup> CNRTL. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.cnrtl.fr>

<sup>5</sup> LE ROBERT. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dictionnaire.lerobert.com>

<sup>6</sup> MILDECA. *Qu'est-ce qu'une addiction ?* [En ligne]. Gouvernement, 2024. [Consulté le 3 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web

<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>

<sup>7</sup> MONTEL, Sébastien. Chapitre 9. Les fonctions exécutives. 11 grandes notions de neuropsychologie clinique, Dunod : 2016, p.173-182.

<sup>8</sup> OMS. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.who.int/fr>

**Rechute**<sup>1</sup> : Reprise évolutive d'une maladie qui était en rémission sinon en voie de guérison. C'est aussi l'action de retomber dans un mal, dans une mauvaise habitude.

**Renforcement négatif**<sup>9</sup> : Comportement permettant l'activation du système de la récompense non plus pour procurer la sensation de plaisir mais pour soulager les effets négatifs du sevrage. Les quantités devront être augmentées pour contrer le phénomène de tolérance.

**Santé**<sup>8</sup> : Un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

**Sevrage**<sup>1</sup> : un temps de soins médicalisé qui correspond à la mise à distance du produit. Cette étape peut être progressive ou pas. Il peut

s'effectuer, selon le degré de sévérité des symptômes, en ambulatoire ou en résidentiel.

**Soin de support**<sup>10</sup> : l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a.

**Système hypothalamo-hypophysio-surrénalien**<sup>11</sup> : système complexe, impliqué dans la régulation des réponses neuroendocriniennes au stress. Son activation déclenche notamment la production de « l'hormone de stress » – le cortisol.

**Système mésolimbique**<sup>10</sup> : Le système dopaminergique mésolimbique est considéré comme le support majeur des processus de récompense et de renforcement.

## Glossaire se rapportant à l'Art-thérapie moderne

**Art**<sup>3</sup> : Tous les éléments impliqués dans l'activité volontairement orientée vers l'esthétique.

**Art diachronique**<sup>12</sup> : Durant la pratique artistique, l'action se différencie de la production.

**Art I**<sup>3</sup> : Ce qu'il y a d'artistique dans l'expression.

**Art II**<sup>3</sup> : Ce qu'il y a d'expression dans l'Art.

**Art synchronique**<sup>12</sup> : Durant la pratique artistique, l'action et la production sont simultanées.

**Autonomie**<sup>4</sup> : Gouverner par ses propres lois.

**Besoin**<sup>3</sup> : Ressenti d'un manque à assouvir.

**Boucle de renforcement**<sup>3</sup> : Processus qui place un patient dans une situation de succès.

**Communication**<sup>3</sup> : Échange successif d'informations entre plusieurs personnes. L'un après l'autre.

**Cube harmonique**<sup>3</sup> : Modalité évaluative des capacités auto-évaluatives artistiques d'une personne et processeur. Donne une appréciation du rapport entre les trois éléments qui caractérisent l'Art : le beau, le bien et le bon et la qualité du bien-être ressenti par un patient.

**Dominante**<sup>13</sup> : Technique caractérisant la nature d'une activité artistique principale.

**Émotion** : État affectif, « coloration » que l'on donne à un ressenti. S'exprime souvent par des manifestations physiques.

**Engagement**<sup>3</sup> : Intensité de l'implication d'une personne pour réaliser une activité artistique.

**Esthétique**<sup>3</sup> : Domaine des gratifications pures relatives à la beauté et des modalités sensibles de nature à provoquer des sensations.

**Expression**<sup>3</sup> : Modalité d'extériorisation des états, sentiments, pensées et contenu de l'esprit. Peut être à visée communicante.

**Goût**<sup>12</sup> : Faculté humaine à apprécier par les sens qualitativement l'environnement.

**Heuristique**<sup>3</sup> : Qui sert à créer en Art.

**Mimésis**<sup>3</sup> : Intention d'imiter en Art, mais ne peut pas être la reproduction identique.

**Potentialité**<sup>3</sup> : Capacité humaine à réaliser quelque chose. Puissance active d'une chose.

**Relation**<sup>3</sup> : Capacité à établir entre plusieurs personnes un lien de nature généralement hors verbale, du domaine des ressentis. L'un avec l'autre.

**Style**<sup>13</sup> : Empreinte de la personne par le biais de la technique dans et sur son œuvre et son élaboration

<sup>9</sup> SAUVAGE Hélène. *Trouble de l'usage d'alcool : prise en charge thérapeutique du sevrage, du maintien de l'abstinence et de la réduction des consommations*. [En ligne]. HAL, 2019. [Consulté le 14 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110371/file/SAUVAGE-Helene.pdf>

<sup>10</sup> HAS. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.has-sante.fr>

<sup>11</sup> TORRISI, R. Événements traumatiques et réponses de stress : le rôle de l'ocytocine et de l'attachement, *Rev Med Suisse*. 2013, Vol. 9, no. 398, p. 1678–1681.

<sup>12</sup> Définitions de Fabrice Chardon relatives aux enseignements de l'AFRATAPEM 2022. Disponible sur le World Wide Web : <https://2911036840.digiforma.net/ts/343371>

<sup>13</sup> FORESTIER, R. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 7e éd. Suisse : Éditions Favre, 2012.



## **Introduction**

Le trouble de l'usage d'alcool (TUA)\* est une problématique majeure de **santé\*** publique. Selon l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)\***<sup>14</sup> l'alcool est impliqué dans plus de 200 maladies et blessures traumatiques ou autres états pathologiques. La dépendance à l'alcool, difficile à surmonter, est en partie alimentée par un phénomène central : le **craving\***<sup>15</sup>. Il se définit comme un désir intense et irrésistible de consommer de l'alcool, qui peut mener à des **rechutes\***, même chez des patients ayant maintenu une **abstinence\*** prolongée. Ce phénomène est influencé par plusieurs facteurs tels que le stress ou les affects négatifs. Indicateur clé de la gravité de la dépendance, la gestion du craving est devenue un objectif thérapeutique prioritaire dans la **prise en charge (PEC)\*** du TUA. Dans ce contexte, l'**art-thérapie moderne (ATM)\***, en tant qu'approche thérapeutique intégrative, émerge comme une intervention prometteuse en addictologie. Plusieurs recherches récentes ont démontré les bénéfices de l'ATM dans la réduction de l'**anxiété\***, l'amélioration de l'estime de soi et la gestion de l'**expression\*** des **émotions\***, autant de facteurs susceptibles d'atténuer l'intensité du craving. (Annexe 1). Cet article se propose d'évaluer l'impact de l'accompagnement art-thérapeutique sur l'intensité du craving chez des patients atteints de TUA suivis en **Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)\***. Pour cela, nous présenterons dans un premier temps la problématique des patients, ainsi que les enjeux cliniques liés au craving sur la base de la littérature scientifique existante. Ensuite, nous développerons notre hypothèse, puis nous décrirons la méthode de travail concernant le suivi des 4 patients de l'étude. Enfin, les expériences cliniques, leurs résultats, ainsi que leur analyse précéderont la discussion de l'article.

### **I. Contexte de la recherche : L'ATM à dominantes\* peinture, écriture, collage et origami a été proposée à des patients du CSAPA souffrant d'un TUA.**

#### **A. Le CSAPA de Coulommiers est une structure innovante qui accueille une grande majorité de patient adultes atteints d'un TUA.**

##### **1. Le CSAPA permet une prise en charge en addictologie complète et personnalisée.**

Le projet de recherche a été mis en place au sein d'un CSAPA à Coulommiers. L'équipe pluridisciplinaire se compose de trois médecins, deux infirmières, une psychologue et une assistante sociale. Lorsqu'un patient rencontre l'équipe pour un suivi, ces professionnels de santé vont constituer son **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)\***. Pour l'adapter aux besoins de chaque patient, la structure propose divers ateliers thérapeutiques. (Annexe 2 et 3).

L'équipe accueil environ 300 nouveaux patients par an de façon gratuite et anonyme. Selon les statistiques de l'établissement, les professionnels de santé de l'équipe nous enseignent que 80% des patients sont des adultes PEC pour une problématique liée à la consommation d'alcool.

##### **2. Le trouble de l'usage d'alcool est une **addiction\***.**

###### **a) Il existe deux outils différents pour diagnostiquer une addiction.**

D'un point de vue scientifique et médical, les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères.<sup>16</sup> Nous distinguons deux formes d'addiction : celles à des substances légales (alcool, tabac, médicaments) ou illégales (cannabis, opiacés, cocaïne, produits de synthèse), et les addictions comportementales (jeux de hasard, d'argent, jeux vidéo). Il existe deux principales approches

<sup>14</sup> OMS. *Alcool*. [En ligne]. WHO, 28 juin 2024. [Consulté le 10 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

<sup>15</sup> ALEXANDRE, JM., FOURNET, L., MORICEAU, S. Le craving prédicteur de la rechute. *Maladie alcoolique et rechute : Santé mentale*, Juin 2021, n°259.

<sup>16</sup> MILDECA. *Qu'est-ce qu'une addiction ?* [En ligne]. Gouvernement, 2024. [Consulté le 3 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>

pour définir l'addiction : la **Classification Internationale des Maladies (CIM)\*** de l'OMS et le DSM-5 développé par l'**American Psychiatric Association (APA)\*** (Annexe 4).

### b) L'addiction active trois circuits neuronaux spécifiques.

L'addiction mobilise trois circuits neuronaux spécifiques<sup>17</sup> : le **système mésolimbique\*** (voies dopaminergiques), le **système hypothalamo-hypophyso-surrénalien\*** (système de réponse au stress) et le **cortex préfrontal\*** (responsable des **fonctions exécutives\***). Lors d'une consommation modérée d'alcool, la substance stimule le système de récompense, favorisant la libération de dopamine, ce qui procure une sensation de plaisir. Les fonctions exécutives, lorsqu'elles sont intactes, régulent cette consommation afin qu'elle reste occasionnelle et plaisante.

Dans le cadre d'un TUA, cette **homéostasie\*** neurophysiologique est perturbée. L'alcool altère les fonctions exécutives, responsables de l'auto-contrôle, entraînant le développement de comportements compulsifs. Le cortex préfrontal ne parvenant plus à exercer son rôle de régulateur, le système de stress s'active. « *En cas de consommation chronique, le comportement n'est plus maintenu pour procurer du plaisir, mais pour soulager les effets négatifs du sevrage.* ».<sup>18</sup> Le cercle vicieux de l'addiction se met ainsi en place : la consommation procure de moins en moins de plaisir, tandis que l'anxiété et l'irritabilité augmentent fortement en l'absence de la substance. Les comportements se modifient alors dans le but de soulager ce malaise, un phénomène connu sous le nom de **renforcement négatif\***. (Annexe 5).

### 3. Le TUA engendre des souffrances physiques, mentales et sociales et impacte principalement les besoins physiologiques, de sécurité, d'estime et d'appartenance du patient.

Le TUA est à l'origine de nombreuses **pénalités\*** et souffrances physiques, mentales et sociales impactant les **besoins\*** fondamentaux de l'être humain et altérant sa **qualité de vie\***. Pour notre étude, nous utiliserons le modèle des besoins humains développés par Maslow (Annexe 6).

	Pénalités	Souffrances (détails des souffrances en Annexe 7)	Besoins impactés
<b>Pénalités en cascade</b>	Maladie	Chronique, Sexuelle, Dépression, Phobie, Troubles du sommeil, de l'humeur, cognitifs, moteurs, psychiatriques, Syndrome de Korsakoff...	Physiologiques Sécurité / Maîtrise Estime
	Handicap	Social, cognitif, physique (modifications sensorielles, lésions neurologiques, épilepsie...), moteur, émotionnel	Physiologiques, Sécurité, Appartenance
	Blessure de vie	Isolement, Exclusion sociale, perte d'emploi, précarité, agressivité, violence, difficulté à vivre en communauté...	Physiologiques, Sécurité / Maîtrise Estime, Appartenance
	Conduite à risque	Consommation de produits, tentative de suicide, attitude à risque pendant la grossesse, accident de la route, pratiques sexuelles à risque...	Physiologique Sécurité / Maîtrise Estime, Appartenance

Tableau 1 : Souffrances et pénalités engendrées par le TUA et leurs impacts sur les besoins fondamentaux de l'être humain.

## **B. Le craving est un phénomène complexe et central dans la dynamique addictive.**

### 1. Selon différentes études récentes, le craving est le principal prédicteur de rechute.

Le craving se définit comme une envie irrésistible de consommer la substance à laquelle on est addict. Les modifications des circuits neuronaux que nous avons détaillées précédemment sont à l'origine de ce phénomène. En effet, le ralentissement des fonctions exécutives, ainsi que l'activation du système de stress rendent plus fréquente cette envie irrésistible de consommer. (Annexe 8). Les récentes recherches<sup>19</sup> de ces dix dernières années ont permis au DSM-V de

<sup>17</sup> LEJOYEUX, Michel. *Les addictions*. Elsevier-masson, 2023.

<sup>18</sup> SAUVAGE Hélène. *Trouble de l'usage d'alcool : prise en charge thérapeutique du sevrage, du maintien de l'abstinence et de la réduction des consommations*. [En ligne]. HAL, 2019. [Consulté le 14 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110371/file/SAUVAGE-Helene.pdf>

<sup>19</sup> ALEXANDRE, JM., FOURNET, L., MORICEAU, S. Le craving prédicteur de la rechute. *Maladie alcoolique et rechute : Santé mentale*, Juin 2021, n°259.

l'introduire en 2013 comme un des critères de diagnostic de l'addiction. Il est également une cible thérapeutique très importante dans la PEC des sujets addicts, puisqu'il se différencie des phénomènes aigus de **sevrage\*** et persiste des mois après l'arrêt de la consommation. « *Il est maintenant fortement suggéré que le craving serait la manifestation la plus caractéristique de l'addiction, puisque sa présence et son intensité prédisent l'usage et la rechute.*<sup>20</sup> »

## 2. L'anxiété et l'alexithymie alimentent le craving.

Dans l'intention d'améliorer la PEC en addictologie, les scientifiques se sont intéressés aux facteurs environnementaux capables d'influer sur la fréquence et/ou l'intensité du craving. Aujourd'hui de nombreuses études<sup>21</sup> démontrent que ce phénomène est en partie corrélé à l'anxiété, un état de trouble psychique, ainsi qu'à l'**alexithymie\***, l'incapacité à identifier et verbaliser ses émotions. La symptomatologie de ces deux notions, que nous savons intimement liées à la problématique addictive, est détaillée en annexe. (Annexe 9).

## 3. L'équipe pluridisciplinaire du CSAPA de Coulommiers désigne le craving comme un objectif de soin à privilégier lors de cette étude.

Lors de réunions préparatoires, l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA de Coulommiers a identifié le craving comme un objectif de soin prioritaire. En effet, cette souffrance est particulièrement prévalente parmi les patients en soins ambulatoires, dont la consommation d'alcool est souvent difficile à évaluer, rendant les rechutes fréquentes. Ainsi, les objectifs de traitement se sont orientés vers une approche de **Réduction des Risques et des Dommages (RDRD)\***.

## **C. L'ATM favorise le développement des Compétences Psychosociales (CPS)\* pour permettre aux sujets souffrant d'un TUA de diminuer leur anxiété et de restaurer leurs fonctions exécutives afin de lutter contre le craving.**

### 1. L'ATM est une discipline paramédicale qui place le patient au cœur de la PEC.

#### **a) L'Art-thérapie moderne est un soin de support qui s'inscrit dans une démarche humaniste et répond à un protocole scientifique et thérapeutique précis.**

L'ATM est définie comme étant « *l'exploitation de l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique* »<sup>22</sup>. Cette discipline s'inscrit dans le courant humaniste comme **soin de support\*** et s'adresse à ceux qui souffrent des troubles de l'expression, de la **communication\***, ou de la **relation\***.<sup>23</sup> Elle place ainsi le patient au cœur de la PEC en valorisant les **potentialités\*** de la personne en souffrance. Pour cela l'AT utilise un protocole thérapeutique qui se compose de plusieurs étapes permettant à ce dernier d'accompagner le patient dans la réalisation de ses objectifs thérapeutiques. (Annexe 10). Il s'inscrit dans le protocole de soin d'un patient et comprend tout ce qui concourt à la faisabilité de l'activité sanitaire.<sup>24</sup>

#### **b) Les différents outils d'analyse art-thérapeutiques permettent de fournir une évaluation qui soit la plus précise et la plus objective possible.**

Les outils art-thérapeutiques ont été pensés pour permettre à l'**Art-thérapeute (AT)\*** de réaliser une évaluation qui soit la plus objective possible. Tout d'abord, l'**Opération Artistique (OA)\***

<sup>20</sup> AURIACOMBE, M., FATSEAS, M. et DAULOUEDE, JP. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Annales médico-psychologique revue psychiatrique : Elsevier Masson, 2018, n°176, p.746-749

<sup>21</sup> FOX HC, BERGQUIST KL, HONG KI, S INHA R. Stress-induced and alcohol cue-induced craving in abstinent alcohol-dependent individuals. Alcohol Clin Exp Res, 2007, 31 : 395-403

<sup>22</sup> FORESTIER, Richard. Le métier d'Art-thérapeute. Edition Favre, 2014.

<sup>23</sup> AFRATAPEM. *Repère Métier ART-THERAPIE*. [En ligne]. Édition AFRATAPEM, juin 2022. [Consulté le 22 février 2023]. Disponible sur le World Wide Web <http://art-therapie-tours.net/wp-content/uploads/2016/11/Rep%C3%A8re-M%C3%A9tier-Art-th%C3%A9rapie.pdf>

<sup>24</sup> FORESTIER, Richard. *Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine*. Paris, Édition Favre, 2017.

schématise l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique.<sup>25</sup> (Annexe 11). Il comporte 10 mécanismes qui retracent la dynamique d'impression, d'expression, de communication et de relation de l'être humain. C'est grâce à cet outil méthodologique que l'Art-thérapeute va pouvoir établir une stratégie thérapeutique au regard de la partie saine (**Cibles Thérapeutiques (CT)\***) et des mécanismes impactés (**Sites d'Action (SA)\***) du patient. De plus, le **cube harmonique\*** est une modalité auto-évaluative de l'Art-thérapie moderne. (Annexe 12) Le patient, à la fin de chaque séance, va répondre à trois questions autour des trois composantes de l'Art\* : le BEAU, le BIEN et le BON. Ces trois notions sont en corrélation avec les trois composantes de l'estime de soi développées dans le modèle de H. Bernhard et C. Millot<sup>26</sup>. Par cette modalité, nous incluons le patient dans la dynamique de soin, pour qu'il prenne conscience de son évolution artistique et sanitaire.

2. L'Art-thérapie moderne permet de répondre aux besoins des patients souffrant d'un TUA notamment en permettant le développement de différentes CPS.

**a) L'Art-thérapie moderne utilise l'Art comme un processeur de soin.**

En 1735, le philosophe allemand Alexandre Baumgarten parle pour la première fois dans son traité « *Aesthetica* » du terme **esthétique\***, qu'il définit comme « *la science de la connaissance sensible* ». <sup>27</sup> L'artiste se situe à la croisée des chemins entre l'esthète et l'artisan en mettant en œuvre son savoir-faire au service d'un savoir-ressentir. En effet, dans la pratique artistique, chacun essaye d'atteindre un idéal esthétique qui représente un juste rapport entre le fond et la forme. Pour cela l'être humain va se confronter à toutes les modalités artistiques : **Art I\***, **Art II\***, **mimésis\***, **heuristique\*** par le biais **d'arts synchroniques\*** et/ou **diachroniques\***.

Pour mettre en place ses stratégies thérapeutiques, l'Art-thérapeute va alors utiliser le pouvoir d'entraînement, le pouvoir éducatif et l'effet relationnel de l'Art (Annexe 13). Ils sont inhérents à la pratique artistique et convoquent le **goût\***, le **style\*** et l'**engagement\*** de chaque individu.

**b) Les spécificités de la peinture, du collage, de l'écriture et de l'origami favorisent le développement de certaines CPS.**

L'Art-thérapeute choisit les dominantes qu'il utilise en fonctions des spécificités intrinsèques à ces dernières. Il s'assure ainsi que la pratique artistique sera adaptée au patient et pourra répondre à ses besoins personnels. Pour cette étude, les dominantes choisies sont la peinture, l'écriture, le collage et l'origami (Annexe 14). Leurs spécificités favorisent le développement des compétences psychosociales<sup>28</sup> : ensemble de compétences sociales, émotionnelles et cognitives qui ont pour objectifs d'améliorer les relations à soi et aux autres. (Annexes 15 et 16).

3. L'Art-thérapie moderne permet de répondre à plusieurs objectifs de la **stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA)\* 2023-2027.**

Le jeudi 9 mars 2023, le gouvernement adopte la SIMCA qui donne dix orientations stratégiques à adopter pour les quatre années à venir.<sup>29</sup> Intégrer l'ATM au sein de structure comme le CSAPA permettrait de répondre à au moins 4 de ces objectifs. (Annexe 17). Ainsi, la pratique

<sup>25</sup> SOULINGEAS, Hélène. *Opération Artistique augmentée. Application Méthodologique (cycle Art-thérapie 2/2)*, 2022. <https://2911036840.digiforma.net/ts/343371/module/392834>

<sup>26</sup> BERNHARD, H. et MILLOT, C. *L'évaluation en Art-thérapie – pratiques internationales*. Elsier Masson, 2006

<sup>27</sup> JUILLIARD, Olivier. *Baumgarten Alexander Gottlieb (1714-1762)*. [En ligne]. *Encyclopædia Universalis*, 2023. [Consulté le 3 avril 2023]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/alexander-gottlieb-baumgarten/>

<sup>28</sup> Santé Publique France. *Compétences Psychosociales (CPS)*. [En ligne]. Santé Publique France, 2022. [Consulté le 9 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

<sup>29</sup> MILDECA. *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives*. [En ligne]. MILDECA, Mars 2023. [Consulté le 18 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/SIMCA%202023-2027.pdf>

artistique en favorisant le développement des CPS répond aux besoins des patients atteints d'un TUA et tend à améliorer sa qualité de vie en renforçant les trois composantes de l'estime de soi.



Figure 1: Schéma qui permet d'illustrer comment la pratique artistique, en développant les compétences psychosociales, peut répondre aux souffrances des sujets atteints d'un TUA en améliorant leur estime d'eux-mêmes.

## **II. Hypothèse générale : La peinture, le collage, l'écriture et l'origami favorisent le développement des CPS des patients souffrant de TUA pour leur permettre de diminuer l'intensité de craving hebdomadaire et d'améliorer leur estime de soi.**

### **A. Sous-hypothèse 1 (SH1) : Le pouvoir d'entraînement de la peinture et du collage favorise l'émergence des gratifications sensorielles et l'amélioration de la considération de soi afin de diminuer l'anxiété, l'alexithymie et de satisfaire le besoin de sécurité.**

L'anxiété et l'alexithymie favorisent le craving et donc la rechute. La pratique artistique de ces dominantes permettrait, grâce au pouvoir d'entraînement de l'Art, de générer des gratifications sensorielles favorisant le plaisir ressenti. Ces sensations positives nourrissent la conscience d'être du patient et développent la capacité à se porter de l'attention (considération de soi). De plus, l'émergence des émotions esthétiques permettront également de lutter contre l'alexithymie. Ainsi, cette méthode pourrait contribuer à diminuer le risque de craving et de rechute.

### **B. Sous-hypothèse 2 (SH2) : Le pouvoir éducatif de l'écriture et de l'origami permet de développer les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la persévérance et la planification dans le but de diminuer les comportements impulsifs, d'améliorer la confiance en soi et ainsi pouvoir satisfaire les besoins de maîtrise et d'estime.**

Une des principales conséquences d'un TUA c'est l'altération des fonctions exécutives. En effet, le système exécutif étant dysfonctionnel, le patient devient plus impulsif. Les spécificités de l'écriture et de l'origami permettent, en sollicitant le pouvoir éducatif de l'Art, de rééduquer ces capacités. Le but est de permettre au patient de retrouver l'auto-régulation nécessaire pour contrôler ses comportements, évitant ainsi le craving et la consommation. La satisfaction de ne plus être objet de sa dépendance permettra de renforcer le besoin de maîtrise et d'estime.

### **C. Hypothèse secondaire (HS) : La production d'une œuvre personnelle dans le temps de groupe ou bien la production d'une œuvre collective, favorise la communication, la relation et les capacités d'assertivité pour apprendre à s'affirmer au sein de relations sécurisées, sortir de la solitude et ainsi satisfaire le besoin d'appartenance.**

Nous savons que le TUA génère chez le patient de l'agressivité et un repli sur soi. Les séances de groupe ont pour objectif de solliciter l'effet relationnel de l'Art et ainsi développer les habiletés sociales nécessaires à s'affirmer tout en respectant les besoins et limites d'autrui. Le groupe devra être renforçateur dans le parcours art-thérapeutique de chacun des patients.

### **III. Méthodes et matériel de travail : Un protocole de recherche a été élaboré pour répondre aux hypothèses posées.**

#### **A. Les modalités de l'intervention art-thérapeutique ont été établies en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire.**

Les modalités de l'intervention art-thérapeutique présentées ci-dessous ont été discutées en amont de l'étude avec l'équipe pluridisciplinaire pour que le protocole art-thérapeutique puisse s'adapter au mieux au CSAPA. Une affiche de présentation du dispositif a également été réalisée et accrochée en salle d'attente un mois environ avant le début des PEC.

<b>Objectif de la PEC en ATM</b>		Diminuer le craving chez les patients
<b>MOYENS</b>	Durée de la PEC	2 mois (soit 8 semaines) du 28 mai 2024 au 17 juillet 2024
	Présence de l'AT	L'AT sera présente les Mardis et Mercredis de 9H à 16H au CSAPA Les ateliers en individuel se tiendront le matin et en groupe l'après-midi 2 réunions d'équipe sont prévues durant le dispositif au regard du calendrier de l'équipe du CSAPA
	Lieu des PEC	La salle de réfectoire de l'équipe pluridisciplinaire (munie d'une grande table et de 8 sièges). Seule salle disponible à cet effet dans le service.
	Durée des séances	Séance en groupe : 2H privilégiée / Séance en individuel 1H
	Fréquence	Séance hebdomadaire pour les patients
	Dominantes utilisées	Peinture, écriture, collage et origami

Tableau 2 : L'objectif principal des PEC ainsi que les moyens mis en place au sein du CSAPA pour l'atteindre.

#### **B. Les critères d'inclusion permettent de créer une cohorte de 4 patients.**

Les critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le tableau ci-dessous ont permis de retenir quatre patients pour l'étude menée sur les 7 patients suivis durant le dispositif.

<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
Patients majeurs	Patients mineurs
Patients suivis au CSAPA de Coulommiers dans le cadre d'un PAP	Patients qui ne sont pas suivis dans le cadre d'un PAP au CSAPA de Coulommiers
Patients volontaires pour participer au projet (signature du formulaire d'engagement cf Annexe 18)	Patients refusant la PEC en ATM ou n'ayant pas signé le formulaire d'engagement
Trouble d'usage liée à l'alcool (TUA) diagnostiqué par le médecin référent	Patients étant suivis au CSAPA dans le cadre d'une autre addiction que le TUA
Patients ayant un TUA avec craving (indication médicale)	Patients ayant un TUA sans craving
Patients ayant participé à au moins 4 séances d'ATM	Patients ayant réalisé moins de 4 séances d'ATM

Tableau 3 : Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude menée.

#### **C. Pour répondre aux hypothèses posées, différents outils d'évaluation ont été utilisés.**

1. L'Art-thérapeute utilise des outils d'hétéroévaluation pour observer l'évolution du patient au cours de la PEC.

##### **a) Les échelles d'évaluation choisies ont fait l'objet d'une validation scientifique.**

Avant le début de la prise en charge, les patients doivent répondre à quatre questionnaires. Le premier étant l'**Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)\*** qui permettra d'évaluer le craving hebdomadaire du patient. Cette échelle en version française a été validée par la

communauté scientifique en 2000.<sup>30</sup> (Annexe 19). De plus, l'échelle **Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)\***<sup>31</sup> nous permettra d'évaluer l'anxiété des patients ; un outil recommandé par la **Haute Autorité de Santé (HAS)\***. (Annexe 20). Pour évaluer la solitude des participants, nous utiliserons l'**Échelle de Solitude de l'Université de Laval (ESUL)\***<sup>32</sup> validée par la communauté scientifique canadienne et française depuis 1993. (Annexe 21). Enfin, l'**échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)\*** évaluera le degré d'alexithymie. La version française datant de 1995 a fait l'objet de plusieurs études de validation.<sup>33</sup> (Annexe 22).

**b) Les CPS seront les items d'évaluation qui complèteront la fiche d'observation.**

Durant la prise en charge, l'Art-thérapeute va utiliser la fiche d'observation qui sera complétée pour chaque patient à chaque séance. (Annexe 23). De plus, le thérapeute évaluera le patient avant, pendant et après chaque séance grâce à des items spécifiques. Pour répondre aux hypothèses posées, ces items correspondront aux CPS conseillées par la SIMCA. (Annexe 24-25).

**c) Un questionnaire de fin d'étude sera adressé aux soignants du CSAPA.**

Pour que cette étude puisse fournir une évaluation complète, il semble important de recueillir les observations de l'ensemble des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. (Annexe 26).

2. Le patient participe activement à sa prise en charge grâce à des outils d'auto-évaluation.

**a) L'évaluation de l'estime de soi sera possible grâce au cube harmonique.**

Lors de cette étude, nous allons utiliser le cube harmonique présenté précédemment. En remplissant ce questionnaire à chaque séance le patient pourra observer, au fur et à mesure, l'évolution des trois composantes de son estime au regard de la pratique artistique. (Annexe 27).

**b) Pour répondre aux deux sous-hypothèses, un questionnaire à remplir avant et après les séances permettra d'observer l'évolution de l'anxiété et du craving.**

Ce questionnaire se compose de 3 échelles distinctes permettant chacune d'évaluer l'anxiété, la thymie et l'intensité du craving alcool avant et après chaque séance. (Annexe 27). Cette modalité évaluative nous permettra d'observer l'impact immédiat de l'ATM sur l'état du patient.

**c) Pour affiner les observations cliniques, le questionnaire de fin de PEC permettra au patient d'exercer un retour critique sur leur suivi en ATM.**

Pour compléter les évaluations, le patient pourra répondre à un questionnaire permettant de donner des pistes d'amélioration, partager ses ressentis et faire un bilan de son suivi. Les échelles étant très ciblées, cet outil encourage un retour plus personnel et détaillé. (Annexe 28).

3. Les outils et échelles sont choisis au regard des hypothèses de l'étude menée.

Les outils présentés précédemment ont été sélectionnés pour répondre spécifiquement aux hypothèses posées. Pour cela, chacun d'entre eux sera utilisé à un moment précis du protocole thérapeutique. (Annexe 29).

---

<sup>30</sup> ANSSEAU, M. BESSON, J. LEJOYEUX, M. A French translation of the obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol-dependent patients : a validation study in Belgium, France, and Switzerland. *European Addiction Research*, Juin 2000, 6(2):51-6

<sup>31</sup> HAS. *Échelle HAD : Hospital Anxiety and depression scale*. [En ligne]. HAS, 2014. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf)

<sup>32</sup> DE GRACE. JOSHI. PELLETIER. L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL) : validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement* : Janvier 1993, n°25(1), 12-27

<sup>33</sup> LOAS, G. *L'Alexithymie*. [En ligne]. HAL Open Science, 2012. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://hal.science/hal-00690281/document>

#### IV. Expérience clinique : descriptif clinique de la PEC des quatre patients inclus dans l'étude.

##### A. Le suivi art-thérapeutique de chacun des patients fait l'objet d'un descriptif clinique.

Dans ce tableau vous trouverez une présentation rapide des quatre patients qui ont intégré l'étude. Le descriptif des PEC est détaillé plus amplement dans les tableaux 27-28 (Annexe 30).

Nom	Âge	Pathologies (Anamnèse* médicale)	Nombre de séances
Sylvie	51 ans	TUA (+ tabagisme) Bipolarité	3 en groupe et 2 en individuel Total : 5 séances
Gilles	44 ans	TUA (+ tabagisme) + Emphysème + Bronchopneumopathie chronique obstructive	3 en groupe et 1 en individuel Total : 4 séances
Corinne	62 ans	TUA (+ tabagisme)	3 en groupe et 1 en individuel Total : 4 séances
Pierre	70 ans	TUA (+ tabagisme) + Hypertension artérielle Cardiopathie sous traitement	4 en groupe et 3 en individuel Total : 7 séances

Tableau 4 : Présentation synthétique des quatre patients inclus dans l'étude.

#### V. Les résultats de l'étude sont exposés au regard des hypothèses de travail du projet de recherche.

##### A. L'hypothèse général nous permet d'évaluer l'évolution du craving hebdomadaire (OCDS) ainsi que celui de l'estime de soi (cube harmonique).

*Hypothèse générale : La peinture, le collage, l'écriture et l'origami favorisent le développement des CPS des patients souffrant de TUA pour leur permettre de diminuer l'intensité de craving hebdomadaire et d'améliorer leur estime de soi.*

Vous retrouverez le détail des résultats patient par patient dans le tableau en Annexe 31.

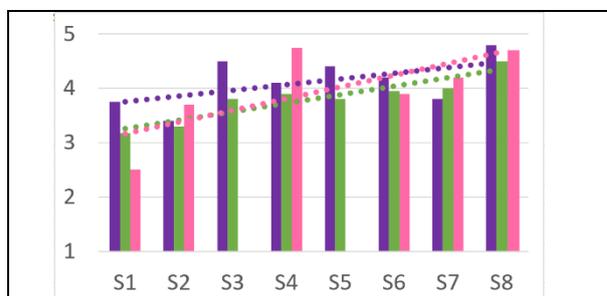


Figure 2 : Moyenne de la cohorte évolution CPS-cotation AT

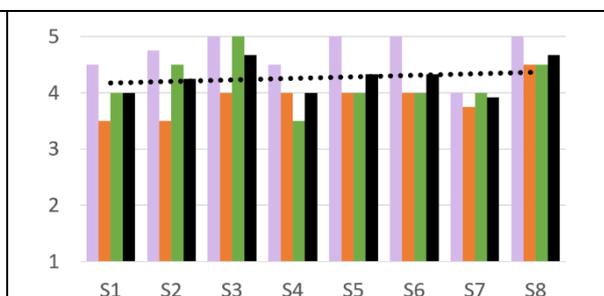


Figure 3 : Moyenne de la cohorte cube harmonique.

Plaisir Fonctions exécutives Habilitéés sociales	BON BIEN BEAU Estime de soi
<p><b>Commentaire :</b> Nous observons que leur cotation a tendance à augmenter. En effet, entre le début et la fin de la PEC, nous constatons une augmentation de +1 point pour le plaisir, +1,3 point concernant les fonctions exécutives ainsi qu'une amélioration notable des habilités sociales de +2,2 points. Nous détaillerons les résultats de ce graphique dans les tableaux suivants.</p>	<p><b>Commentaire :</b> Nous observons une augmentation moyenne de +0,5 point pour le BON entre le début et la fin de la PEC, +1 point pour le BIEN et +0,5 point pour le BEAU, soit une augmentation moyenne de l'estime de soi au cours de la PEC de +0,6 point. La courbe de tendance quasi horizontale confirme une variation négligeable de l'estime de soi au cours du suivi. Nous détaillerons les résultats de ce graphique dans les tableaux suivants.</p>

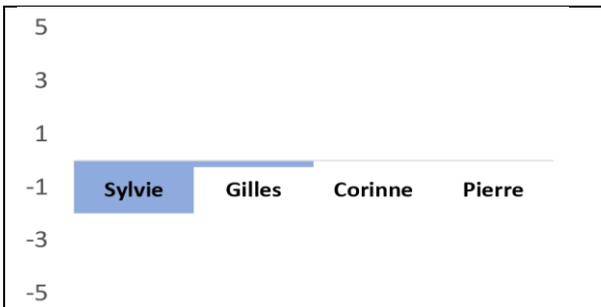


Figure 4 : Moyenne écart craving avant/après séance.

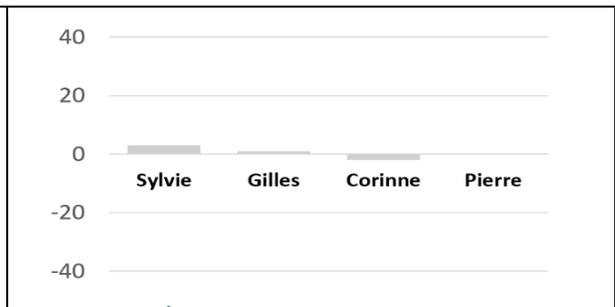


Figure 5 : Écart score OCDS avant/après PEC.

**Commentaire :** L'évolution de l'intensité du craving avant et après séance nous a permis d'obtenir cette figure. Il est important d'indiquer que Corinne n'a ressenti aucun craving avant, pendant ou après la séance. Pierre avait un craving faible et constant, jamais impacté par l'atelier d'Art-thérapie. Gilles a ressenti du craving léger (2/5) une seule fois durant la 6<sup>ème</sup> séance qui a disparu à la fin de l'atelier. Enfin, Sylvie a ressenti du craving à trois séances sur les cinq réalisées. Selon les résultats, l'Art-thérapie lui permettrait en moyenne de diminuer son craving de -1,5 points entre le début et la fin de séance.

**Commentaire :** L'évolution de l'intensité du craving avant et après la PEC nous permet de constater qu'à la suite du suivi Art-thérapeutique, un seul des quatre patients de la cohorte a vu son score OCDS diminuer. Deux patients ont vu leur score augmenter et un patient n'a constaté aucune évolution. En effet, le score OCDS de Sylvie a augmenté de +3 points, celui de Gilles de +1 point et celui de Corinne a diminué de -2 points. Toutefois, le questionnaire OCDS étant évalué sur une échelle de 40 points, les variations, une fois ajustées à cette échelle, semblent négligeables.

Tableau 5 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à l'hypothèse générale.

**B. La première sous-hypothèse nous amène à évaluer la considération de soi des patients au fur et à mesure de la PEC ainsi que l'évolution de l'anxiété et de l'alexithymie.**

*SH1 : Le pouvoir d'entraînement de la peinture et du collage favorise l'émergence des gratifications sensorielles et l'amélioration de la considération de soi afin de diminuer l'anxiété, l'alexithymie et de satisfaire le besoin de sécurité.*

Vous retrouverez le détail des résultats patient par patient dans le tableau en Annexe 32.

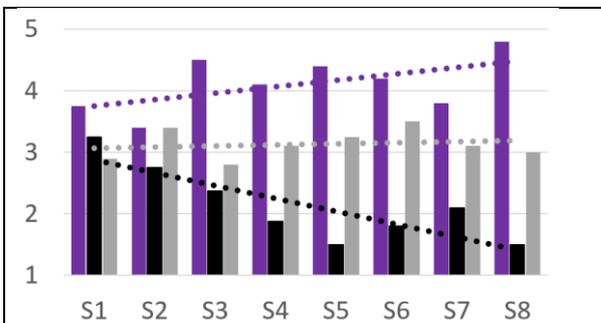


Figure 6 : Moyenne plaisir, anxiété et alexithymie.

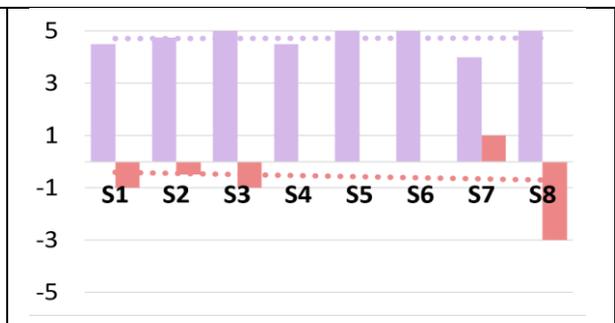


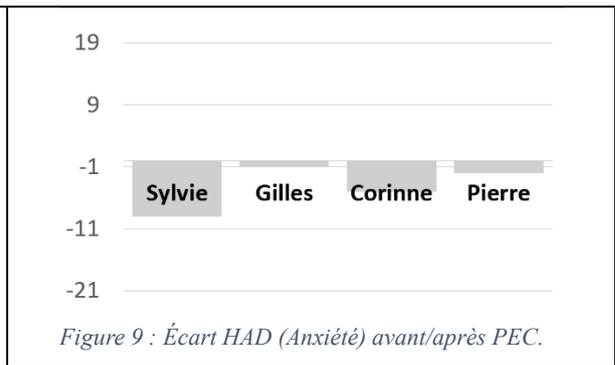
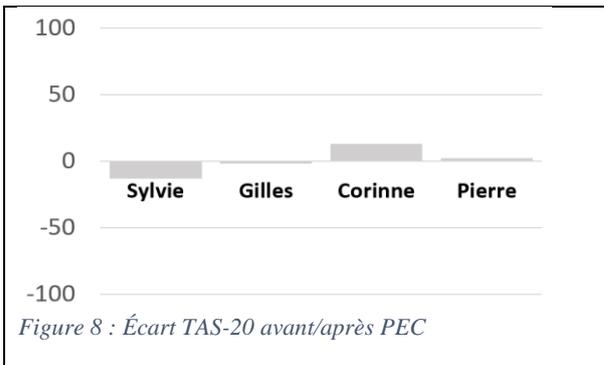
Figure 7 : Moyenne BON et écart anxiété avant/après séance.

**Plaisir Anxiété Alexithymie (Cotation AT)**

**Commentaire :** Cette figure qui permet d'observer l'évolution des items du plaisir ressenti en activité, de l'anxiété et de l'alexithymie par la cotation de l'AT, permet d'observer trois tendances très nettes. Tout d'abord une augmentation significative du plaisir avec une amélioration de +1 point entre le début et la fin de la PEC. Une diminution conséquente de l'anxiété avec un écart de -1,75 point entre la première et la dernière séance. Enfin, une stagnation de l'alexithymie qui a varié légèrement au cours de la PEC mais l'écart de -0,1 point est négligeable.

**BON (Amour- considération de soi)**

**Commentaire :** Nous pouvons constater que cette moyenne par séance de l'auto-évaluation du BON des patients semble légèrement s'améliorer. La cotation de cet item est assez élevée dès le début de la PEC. Elle oscille légèrement en fonction des séances et des dominantes utilisées. En effet, en S7 nous avons fait de l'origami, un atelier qui a été ressenti par les patients comme plus dur et stressant. En moyenne, l'atelier a permis une diminution de -0,5 point par séance. Cet item n'a pas évolué au cours de la séance pour 3 séances sur 8.



**Commentaire :** Cette figure représente le nombre de points d'écart de l'échelle TAS-20 entre le début et la fin de la PEC. Nous constatons que, pour 50 % des patients, le score d'alexithymie a diminué, tandis que pour les 50 % restants, il a augmenté. En effet, si Sylvie a pu observer une diminution de -13 points, Corinne, quant à elle, a vu son score augmenter de +13 points. Enfin, Si Gilles a vu son score diminuer de -2 points, Pierre l'a vu augmenter de +2 points.

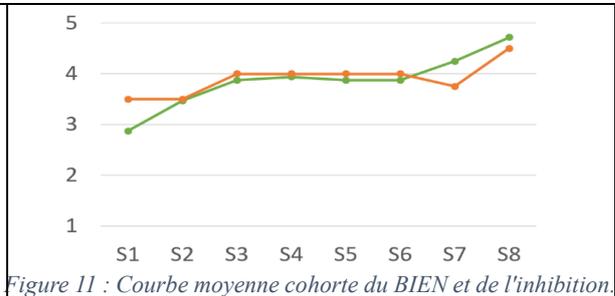
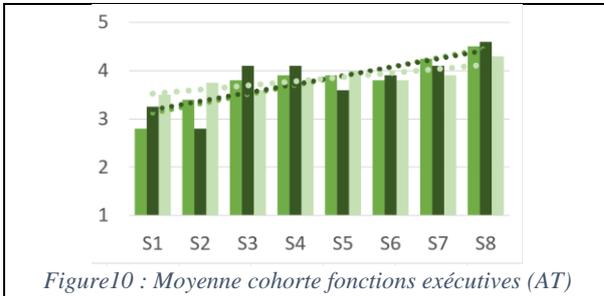
**Commentaire :** Nous pouvons observer que 100% de la cohorte a vu une diminution de son score entre le début et la fin de la PEC. Un écart a été constaté chez Sylvie de -9 points, Gilles -1 point, Corinne -5 points et Pierre -2 points. L'évolution de ce score après le suivi semble plus favorable pour les patientes de sexe féminin. Au regard de la cotation de l'échelle, nous pouvons observer une amélioration sensible des résultats de Sylvie et Corinne.

Tableau 6 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à la première sous-hypothèse.

**C. La deuxième sous-hypothèse nous permet d'observer l'évolution des fonctions exécutives, de l'impulsivité et de la confiance en soi des patients.**

SH2 : Le pouvoir éducatif de l'écriture et de l'origami permet de développer les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la persévérance et la planification dans le but de diminuer les comportements impulsifs, d'améliorer la confiance en soi.

Vous retrouverez le détail des résultats patients par patients dans le tableau en Annexe 33.

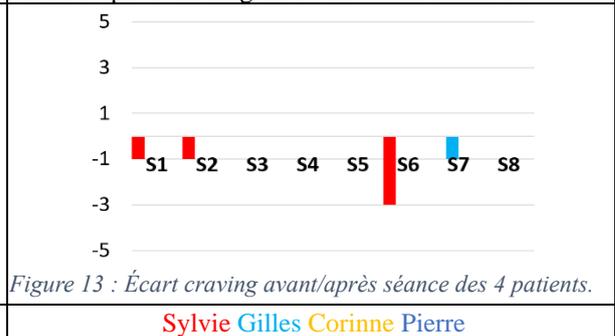
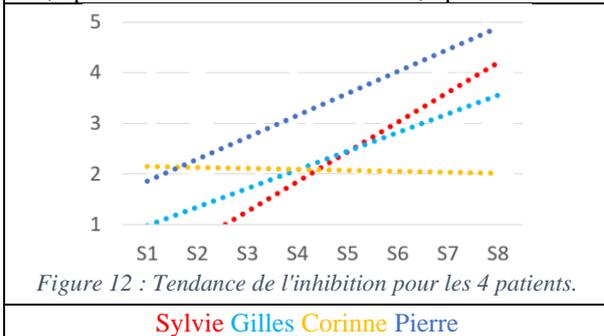


**Inhibition**      **Planification**      **Flexibilité mentale**

**Commentaire :** Ce graphique retransmet l'évolution de l'inhibition, la planification et la flexibilité mentale relatives aux fonctions exécutives. Cette moyenne des cotations de l'AT tend à confirmer le développement de ces capacités cognitives pour les patients. Entre le début et la fin de la PEC nous observons une amélioration de l'inhibition de +1,7 point, la planification de +1,3 point et la flexibilité mentale +0,8 point.

**BIEN (Confiance en soi)**      **Inhibition (Cotation AT)**

**Commentaire :** Lorsque nous mettons en lien la figure précédente avec ce graphique, nous pouvons constater que la courbe de l'évolution moyenne de l'inhibition de la cohorte a une trajectoire similaire à la courbe de l'auto-évaluation moyenne du BIEN. Ces deux courbes ont respectivement un écart de +1,8 points et +1 point entre le début et la fin de la PEC avec un palier de stagnation au milieu du suivi.



<p><b>Commentaire :</b> La figure ci-dessus montre les courbes de tendance de l'inhibition pour les 4 patients de la cohorte. Excepté Corinne, cette courbe augmente au fur et à mesure des séances. Entre le début et la fin de la PEC nous observons : Sylvie +3,5 points, Gilles +0,4 points, Corinne +0,1 point et Pierre +1,5 points.</p>	<p><b>Commentaire :</b> Seuls Gilles et Sylvie ont pu constater une diminution de leur craving avant et après séance. Nous constatons également que la patiente qui a la plus forte progression dans la cotation de l'inhibition, est aussi celle pour qui le craving avant après séance diminue le plus (cf figure 12). Une constatation qui ne se généralise pas aux autres patients de la cohorte.</p>
--	---

Tableau 7 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à la seconde sous-hypothèse.

**D. L'hypothèse secondaire nous amène à évaluer le sentiment de solitude des patients et leur affirmation de soi par la pratique artistique.**

*HS : La production d'une œuvre personnelle dans le temps de groupe ou bien la production d'une œuvre collective, favorise la communication, la relation et les capacités d'assertivité pour apprendre à s'affirmer au sein de relations sécurisées, sortir de la solitude et ainsi satisfaire le besoin d'appartenance.*

Vous retrouverez le détail des résultats patient par patient dans le tableau en Annexe 34.

<p>Figure 14 : Moyenne BEAU (cube harmonique) et Affirmation de soi, CNV et Habiletés sociales (AT).</p>	<p>Figure 15 : Écart ESUL avant/après PEC des 4 patients.</p>
<p><b>BEAU</b> <b>Affirmation de soi</b> <b>CNV</b> <b>Habiletés sociales</b></p> <p><b>Commentaire :</b> Nous pouvons constater que l'évolution des items relatifs aux comportements sociaux et prosociaux a une tendance à l'amélioration au cours de la PEC. En effet, la CNV a augmenté de +0,7 point et les habiletés sociales +2,25 points. Le BEAU quant à lui a augmenté de +0,5 point entre le début et la fin de la PEC.</p>	<p><b>Commentaire :</b> Nous observons que seulement 50% des patients ont pu constater une diminution de leur score ESUL. 25% de la cohorte a vu son score augmenter à la fin de la PEC. La moyenne d'écart de score ESUL entre le début et la fin de PEC est de -0,8 point. Une diminution négligeable lorsqu'elle est ramenée à la cotation de l'échelle</p>

Tableau 8 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à l'hypothèse secondaire.

**E. Les questionnaires de fin de PEC adressés aux patients et aux soignants permettent de compléter les évaluations de l'étude.**

Les questionnaires de fin de PEC adressés aux patients et aux soignants ont permis d'avoir des retours positifs des deux côtés. La note moyenne de bénéfice globale accordée à la PEC art-thérapeutique par les patients est de 4,25/5, celle des soignants de 4,4/5. Vous trouverez les détails des résultats de ces deux questionnaires dans l'Annexe 35.

**VI. Analyse : Les données obtenues sont analysées pour répondre aux hypothèses et comparées à d'autres études.**

Les études et leurs références qui permettent de confronter nos résultats à la littérature scientifique se trouvent en Annexe 36.

**A. Les résultats de l'étude au regard de la littérature scientifique permettent de répondre à la sous-hypothèse (SH1).**

Au regard de la figure 6, nous pouvons observer une nette progression du plaisir ressenti au cours de la PEC, que nous pouvons mettre en corrélation avec la diminution franche de

l'anxiété. Une constatation appuyée par l'autoévaluation du BON (considération de soi) des patients en figure 7. En effet, si la courbe de tendance semble marquer une évolution négligeable du BON et de l'amour de soi, les cotations de cet item sont généralement très élevées pour la plupart des séances. Nous observons également, une diminution de l'anxiété d'en moyenne - 0,5 point observée avant et après 62,5% des séances. En fin de PEC, l'échelle HAD (Anxiété), vient confirmer encore ces résultats puisque 100% des patients ont vu leur score diminuer avec une moyenne de -4,6 points pour la cohorte. L'étude de MUNIZ, J. (cf [1] tableau 34), constate également que 45 min de pratique artistique permettent de faire diminuer le taux de cortisol, l'hormone du stress, favorisant ainsi la diminution de l'anxiété. L'ATM durant cette étude a permis d'augmenter le plaisir ressenti des patients entraînant ainsi une diminution de l'anxiété.

Les résultats concernant l'alexithymie sont beaucoup plus contrastés. En effet, la stagnation des cotations de ce faisceau d'item par l'AT au cours de la PEC (cf figure 6), nous permet de constater que le suivi art-thérapeutique n'a pas permis de le faire diminuer. Une observation confirmée par les résultats de l'échelle TAS-20. En fin de PEC seuls 50% des patients ont vu leur alexithymie diminuer. Si pour Sylvie la diminution de -13 points semble considérable, Corinne a vu quant à elle son alexithymie augmenter de +13 points. Gilles a vu son score diminuer de -2 points quand celui de Pierre a augmenté de +2 points. Une moyenne d'écart de la cohorte qui est donc de 0 et confirme la courbe de tendance de la figure 6. L'ATM durant cette étude n'a pas permis la diminution de l'alexithymie. La SH1 est donc validée partiellement.

## **B. Les résultats de l'étude au regard de la littérature scientifique permettent de répondre à la sous-hypothèse (SH2).**

Au regard des résultats obtenus dans la figure 10, nous pouvons constater une amélioration des différents faisceaux d'items relatifs aux fonctions exécutives : l'inhibition, la planification et la flexibilité mentale. Selon la figure 12, exceptée Corinne, 75% des patients ont pu développer leur inhibition au cours de la PEC. Toutefois, les résultats de l'étude de BIRLOUET T., (cf [4] tableau 34) qui observe une amélioration seulement partielle des fonctions exécutives pour une cohorte similaire avec une PEC plus longue, tend à modérer nos résultats. La forte anxiété observée en figure 6, due probablement à la découverte des personnes et de l'atelier, ont pu altérer les capacités cognitives. Une amélioration se dessine au cours de la PEC sans forcément que cela traduise un véritable développement des fonctions exécutives. Une hypothèse étayée par l'étude de VANDERMEULEN D. (cf [2] tableau 34) qui confirme l'impact de l'anxiété sur le fonctionnement exécutif. L'ATM, dans cette étude, a permis le développement de certaines fonctions exécutives avec la réserve apportée par la dernière étude citée.

Les fonctions exécutives et en particulier l'inhibition ont pour but de diminuer l'impulsivité pouvant être à l'origine du phénomène de craving. Nous observons dans le tableau 34, que 3 des patients sur 4 ont ressenti du craving durant la PEC. Sylvie a éprouvé du craving 3 séances sur les 5 réalisées (60%), Gilles 1/4 (25%) et Pierre 7/7 (100%) et Corinne n'en a pas ressenti. Nous obtenons donc une moyenne de 46% des séances avec craving. Sur 66% d'entre elles, l'atelier a permis aux patients de ressentir une diminution du craving d'en moyenne -0,75 points. Si le nombre de séance où le craving a été observé est assez faible, l'impact de l'ATM sur ce phénomène semble notable. L'ATM, dans cette étude, a permis pour une majorité de séances une diminution certaine de l'intensité du craving. Toutefois malgré cette constatation, il est difficile d'affirmer que cette diminution relève uniquement du développement des fonctions exécutives. Comme le prouve cette étude de CORDOVIL DE SOUSA UVA M. (cf [3] tableau 34), le craving peut disparaître pour certains patients malgré l'absence d'amélioration des fonctions exécutives. La SH2 est donc partiellement validée. L'ATM, dans le cadre de

cette étude, permet l'amélioration des fonctions exécutives et la diminution de l'intensité du craving après séance mais la corrélation entre les deux phénomènes reste encore à prouver.

### **C. Les résultats de l'étude au regard de la littérature scientifique permettent de répondre à l'hypothèse secondaire (HS).**

Au regard des résultats de la figure 14, nous pouvons constater que la modalité de groupe a permis l'amélioration des faisceaux d'items : affirmation de soi, CNV et habiletés sociales au cours de la PEC. L'autoévaluation du BON tend à modérer la cotation par l'AT à propos de l'affirmation de soi. Les cotations sont assez élevées durant la plupart des séances, mais la courbe de tendance n'est pas aussi importante. Si nous constatons une amélioration des comportements sociaux et prosociaux dans l'ensemble, la figure 15 ne semble pas confirmer une diminution du sentiment de solitude. En effet, 1 patient sur 4 n'a constaté aucune évolution, 2 patients sur 4 ont constaté une évolution minimale, tandis que le dernier patient a constaté une augmentation de son score ESUL à la fin de la PEC. En comparaison, l'étude de NOTTELET-CHOQUEUX M. (cf [6] tableau 34), démontre l'importance de la PEC en individuel pour satisfaire le besoin de sécurité d'un public toxicomane. Il semble que la PEC de groupe ait été un peu rapide pour ce public. Il est nécessaire de réaliser des ateliers seuls avec le thérapeute pour permettre un passage en groupe moins anxiogène et plus pertinent. **La SH n'est pas validée.**

### **D. Les résultats de l'étude au regard de la littérature scientifique permettent de répondre à l'hypothèse générale.**

Les figures 2 et 3 viennent appuyer et résumer les résultats permettant de répondre aux SH1 et SH2. L'ATM, dans cette étude, semble permettre le développement des CPS, mais n'a pas permis l'amélioration de l'estime de soi des patients. En comparaison, l'étude de TUFFET Louise (cf [5] tableau 34) a permis d'établir une corrélation entre la pratique art-thérapeutique et l'amélioration de l'estime de soi. Contrairement à notre étude, la dominante utilisée était la musique et certains patients ont eu une prise en charge plus longue allant jusqu'à 10 séances.

La figure 5 nous permet de constater qu'à la fin de la PEC le score OCDS de Sylvie a augmenté de +3 points, celui de Gilles de +1 point, celui de Corinne a diminué de -2 points et celui de Pierre n'a pas changé. La moyenne de la cohorte relative à ce score a augmenté de +0,5 point entre le début et la fin de la PEC. Un résultat qui peut s'expliquer pour Sylvie par une dégradation de son humeur (trouble bipolaire) et l'apparition de forts tremblements suite à son AVC ischémique. Gilles a quant à lui fait une rechute alcool juste avant l'avant dernière séance, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de son score OCDS en fin de PEC. Toutefois, même si ces augmentations s'expliquent, Corinne est la seule qui a vu son score diminuer de seulement -2 points. Une évolution négligeable qui pourrait s'expliquer par l'absentéisme des patients durant la prise en charge constaté en moyenne à 33%. Selon l'étude de AURIACOMBE M. (cf [7] tableau 34), une autre hypothèse permettant d'éclairer ce résultat serait le caractère très aléatoire du craving et son expression variable d'un moment à l'autre. Il est également fortement influencé par des stimuli divers liés au cadre de vie des patients. En effet, il semble important de comprendre que dans le cadre des PEC en ambulatoire qu'offre le CSAPA, le cadre de vie des patients a une grande influence sur les évaluations réalisées. L'ATM, dans cette étude, semble avoir un meilleur impact à court terme (à l'échelle d'une séance) que sur le long terme (craving hebdomadaire). **L'hypothèse générale est donc partiellement validée.**

## **VII. L'étude comporte certains biais et limites qui ouvrent des perspectives.**

### **A. L'étude menée comporte de nombreux biais et de nombreuses limites.**

Malgré le travail en amont pour tenter de réaliser une étude qui soit la plus objective possible, la validation des hypothèses est à considérer au regard des différentes limites et biais exposés.

<b>Limites</b>	<b>Détails</b>
Le cadre spatio-temporel et matériel du stage	La salle de réalisation des ateliers d'ATM était la salle de restauration des surveillants. Malheureusement aucun budget n'a pu être fourni pour le matériel. Nombre d'heures de stage à respecter qui n'a pas suffi à tous les patients pour atteindre leurs objectifs.
Stratégie thérapeutique	SH1 – L'émergence des émotions par l'Art n'est pas une stratégie suffisante pour diminuer l'alexithymie. Il faudrait travailler sur leur identification et leur verbalisation.
Absentéisme	L'absentéisme qui est une problématique bien connue dans les PEC en addictologie peut impacter les résultats. Durant l'étude, l'absentéisme s'élève en moyenne à 33%.
Peu de craving ressenti en séance	Seulement 46% des séances ont pu permettre l'évaluation de l'évolution du craving. Une faible opportunité d'évaluation qui incite à nuancer les résultats obtenus.
Vacances d'été	Les patients sont parfois partis en vacances au milieu de la PEC, comme ça a été le cas pour Corinne. Cette période plus propice aux stimuli extérieurs en lien avec la consommation d'alcool (apéro, terrasse, vacances entre amis ou en famille...).
Modalité groupale	Cette modalité a parfois freiné la mise en place de l'alliance thérapeutique et favorisé l'anxiété ou le désengagement de certains patients tels que Sylvie et Pierre. De plus, nous remarquons que pour Sylvie le craving a tendance à mieux diminuer lors des PEC en individuel contrairement au PEC de groupe (à cotation égale : cf tableau 29 – S1/S5)
<b>Biais</b>	<b>Détails</b>
Biais cognitifs du thérapeute	Biais de confirmation (tendance à confirmer les hypothèses de l'étude), biais de corrélation et de subjectivité (lors du croisement des résultats pour tirer des conclusions des phénomènes observés).
Biais cognitifs des patients	Biais de désirabilité (cela pourrait expliquer les résultats obtenus pour le TAS-20 par Corinne et Pierre, tous les deux sont très attentifs à l'image qu'ils renvoient et à ce que pense l'autre d'eux-mêmes. Hypothèse : les résultats sont moins bons après la PEC parce que l'alliance thérapeutique a permis des réponses plus honnêtes.).
Dominantes	4 dominantes ont été utilisées ce qui multiplie les biais et empêche une évaluation précise de leur impact respectif en fonction de leurs spécificités.
Le cadre de vie de chaque patient	Les résultats obtenus sont à considérer au regard de la modalité de PEC en ambulatoire au sein du CSAPA. En effet, le cadre de vie des patients peut impacter le résultat.
Profils des patients	Si les critères d'inclusion ont permis de limiter les biais, les profils de patients de la cohorte restent encore très différents (âge, sexe, pathologies divergentes telles que la bipolarité de Sylvie pouvant impacter les résultats des échelles, histoire de vie ...).
Les différents stades de l'addiction des patients	Les patients n'étaient pas tous au même stade de l'addiction : Corinne, Sylvie étaient dans l'objectif de RDRD avec des consommations régulières, Gilles était abstinent en début de PEC et a rechuté avant la 6 <sup>ème</sup> séance. Enfin, Pierre était en RDRD contrôlé depuis plusieurs années. Des divergences qui biaisent encore un peu les résultats.
Critères d'inclusion	Si l'étude l'avait permis, avoir des critères d'inclusion beaucoup plus strictes.
Nombre important d'outils d'évaluation	Les outils d'évaluation ont été nombreux lors de cette étude. Ce qui peut être une source potentielle d'erreurs et rend également difficiles les corrélations pertinentes entre toutes les données récoltées.
Absence de groupe témoin	L'absence de groupe témoin pour comparer nos résultats limite également l'objectivité des conclusions exposées.
Petite cohorte	Cohorte de 4 patients permettant de relativiser les réponses apportées aux hypothèses. Il faudrait étendre l'étude à une plus grande cohorte pour confirmer les résultats.

Tableau 9 : Les différents biais et limites qui peuvent impacter les résultats de la recherche.

### **B. Les outils d'évaluation sont à questionner.**

À la suite de l'expérimentation du protocole thérapeutique choisi, les retours de l'équipe soignante et les observations cliniques relatives aux outils d'évaluation nous permettent de les questionner. Tout d'abord, les patients ont verbalisé que le passage des quatre échelles (OCDS, TAS-20, HAD et ESUL) a été un moment désagréable et source d'anxiété. En effet, ces outils comportent à eux seuls plus de 68 questions à compléter en début et en fin de PEC. Les

difficultés cognitives de certains patients rendant le passage de ces échelles souvent difficile et pouvant mettre en doute l'exactitude des résultats. De plus, concernant les outils d'auto-évaluation, le cube harmonique a révélé certaines incohérences avec les observations cliniques ou encore la verbalisation des patients en séance. Cette situation nous interroge sur la compréhension de l'outil et de son utilisation par les patients. Nous pourrions alors réfléchir à des modifications des questions afin de faciliter la compréhension des items d'évaluation. Nous aurions pu ajouter également au cube harmonique une question supplémentaire relative à la qualité du moment. Ce n'est pas parce que le patient n'a pas pris de plaisir à réaliser sa production (BON) que le moment de l'atelier (relation avec les autres patients et le thérapeute) n'a pas été agréable. Cette donnée manque à l'étude pour affiner les résultats des évaluations. Enfin, bien que les faisceaux d'items aient dû être identiques pour tous les patients dans le cadre de l'étude, la pratique clinique révèle les limites de ces choix. Cela introduit un biais pour l'ATM dans la cotation de ces derniers et permet également de mettre en perspective les résultats obtenus.

### **C. Au regard du caractère aléatoire du craving qui rend l'étude difficile, le PAS pourrait permettre aux patients de pérenniser les bénéfices de l'ATM au quotidien.**

L'analyse des résultats a révélé que le craving n'a été observé que dans 46 % des séances, soit un peu moins de la moitié. De plus, il a également été constaté que l'impact de l'ATM semble beaucoup plus efficace à court terme : à l'échelle d'une séance. Le craving est, en effet, un phénomène aléatoire qui intervient à différents moments de la vie du patient. En discutant avec ces derniers à la fin de la PEC, beaucoup ont rapporté le fait que les bienfaits de l'ATM étaient notables mais que, dès le retour « à la réalité », les envies de consommations pouvaient reprendre facilement. Dans une perspective d'amélioration du protocole thérapeutique, il semble crucial de doter les patients d'outils leur permettant de gérer le craving en dehors des séances. Un axe de travail pour le thérapeute serait l'exploitation du projet d'accompagnement de soin (PAS) à des fins occupationnelles. En Art-thérapie moderne, ce PAS consiste à demander au patient un travail à mener seul entre deux séances. Ainsi, nous proposons de les accompagner dans la mise en place d'ateliers simples, rapides et peu coûteux à réaliser chez eux, au moment de l'apparition du craving. Enfin, notre analyse a également montré que la dynamique de groupe pouvait exacerber l'anxiété chez certains patients et limiter l'efficacité de la réduction du craving après séance. Pour optimiser le protocole, une alternance entre PEC individuelles - favorisant l'acquisition de compétences et l'alliance thérapeutique - et séances de groupe - axées sur la valorisation sociale - pourrait être envisagée. Ces nouvelles modalités pourraient ainsi améliorer les résultats cliniques et répondre plus efficacement aux besoins des patients.

## **Conclusion**

Ce projet de recherche avait pour objectif de démontrer l'impact de l'ATM sur l'intensité du craving pour des patients souffrants d'un TUA au sein d'un CSAPA. Pour cela nous avons établi un protocole de recherche proposant des PEC de groupe à dominantes arts plastiques multiples pour 4 patients. La mise en place de nombreux outils d'évaluation nous a permis d'observer des bénéfices sur le plaisir ressenti, l'anxiété, le développement des CPS ainsi qu'une diminution notable du craving avant et après séance. Toutefois, au regard du contexte clinique, cette étude comporte de nombreux biais et limites qui permettent de nuancer les résultats obtenus et de proposer des perspectives d'amélioration pour la pratique à venir. En effet, il serait intéressant d'approfondir l'étude sur une durée de PEC plus longue, avec des outils moins nombreux et plus ciblés. Enfin, l'exploitation du projet d'accompagnement de soin permettrait aux patients de gérer le craving à domicile et de pérenniser ainsi les bénéfices de l'ATM dans leur quotidien.



## Listes des tableaux et figures

Tableau 1 : Souffrances et pénalités engendrées par le TUA et leurs impacts sur les besoins fondamentaux de l'être humain. ....	2
Tableau 2 : L'objectif principal des PEC ainsi que les moyens mis en place au sein du CSAPA pour l'atteindre. ....	6
Tableau 3 : Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude menée.....	6
Tableau 4 : Présentation synthétique des quatre patients inclus dans l'étude. ....	8
Tableau 5 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à l'hypothèse générale.....	9
Tableau 6 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à la première sous-hypothèse.....	10
Tableau 7 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à la seconde sous-hypothèse. ....	11
Tableau 8 : Présentation des résultats des évaluations de la cohorte relatives à l'hypothèse secondaire. ....	11
Tableau 9 : Les différents biais et limites qui peuvent impacter les résultats de la recherche. ....	14
Tableau 10 : Présentation des études art-thérapeutiques démontrant les bénéfices de l'Art-thérapie moderne en addictologie et sur lesquelles se base la mise en place de notre étude. ....	6
Tableau 11 : Récapitulatifs des missions et accompagnements proposés par le CSAPA de Coulommiers. ....	6
Tableau 12 : Description du PAP et des ateliers thérapeutiques disponibles au CSAPA de Coulommiers pour adapter le PAP aux envies et besoins de chaque patient. ....	7
Tableau 13 : Comparaison des deux outils le CIM et le DSMV permettant le diagnostic de l'addiction. ....	8
Tableau 14 : Souffrances physiques, sexuelles, mentales et sociales liées au TUA. ....	10
Tableau 15 : Définitions et symptômes de l'alexithymie et de l'anxiété. ....	11
Tableau 16 : Le protocole thérapeutique en Art-thérapie moderne. ....	12
Tableau 17 : Détail des différentes phases de l'Opération Artistique. ....	13
Tableau 18 : Auto-évaluation du cube harmonique.....	14
Tableau 19 : Les pouvoirs et effet de l'Art durant la pratique artistique.....	14
Tableau 20 : Récapitulatif des mécanismes humains et des pouvoirs et de l'effet de l'Art sollicités au regard des dominantes artistiques utilisées dans cette étude. ....	15
Tableau 21 : Synthèse des compétences psychosociales de l'OMS développées par les spécificités de chaque dominante. ....	17
Tableau 22 : Tableau récapitulatif des spécificités de l'Art-thérapie moderne permettant de répondre aux objectifs de la SIMCA 2023-2027.....	18
Tableau 23 : La fiche d'observation du thérapeute.....	24
Tableau 24 : Items d'évaluation de l'étude construits au regard des CPS recommandées par l'OMS. ....	25
Tableau 25 : Les items d'évaluation de l'étude menée. ....	27
Tableau 26 : Présentation des outils d'évaluation au regard des hypothèses et de leur temporalité. ....	33
Tableau 27 : Descriptif clinique détaillé pour chaque patient de l'étude. ....	34
Tableau 28 : Descriptif clinique détaillé pour chaque patient de l'étude (suite). ....	35
Tableau 29 : Résultats pour chaque patient des évaluations correspondantes à l'hypothèse générale. ....	36
Tableau 30 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à la première sous-hypothèse. ....	37
Tableau 31 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à la seconde sous-hypothèse. ....	38
Tableau 32 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à l'hypothèse secondaire.....	39
Tableau 33 : Synthèse des retours de questionnaire de fin de PEC pour les patients et les soignants.....	40
Tableau 34 : Littérature scientifique en lien avec notre recherche. ....	41
Figure 1: Schéma qui permet d'illustrer comment la pratique artistique, en développant les compétences psychosociales, peut répondre aux souffrances des sujets atteints d'un TUA en améliorant leur estime d'eux-mêmes. ....	5
Figure 2 : Moyenne de la cohorte évolution CPS-cotation AT.....	8
Figure 3. : Moyenne de la cohorte cube harmonique. ....	8
Figure 4 : Moyenne écart craving avant/après séance.....	9
Figure 5 : Écart score OCDS avant/après PEC. ....	9
Figure 6 : Moyenne plaisir, anxiété et alexithymie.....	9
Figure 7 : Moyenne BON et écart anxiété avant/après séance. ....	9
Figure 8 : Écart TAS-20 avant/après PEC.....	10
Figure 9 : Écart HAD (Anxiété) avant/après PEC.....	10

Figure10 : Moyenne cohorte fonctions exécutives (AT) .....	10
Figure 11 : Courbe moyenne cohorte du BIEN et de l'inhibition. ....	10
Figure 12 : Tendence de l'inhibition pour les 4 patients.....	10
Figure 13 : Écart craving avant/après séance des 4 patients. ....	10
Figure 14 : Moyenne BEAU (cube harmonique) et Affirmation de soi, CNV et Habiletés sociales (AT). ....	11
Figure 15 : Écart ESUL avant/après PEC des 4 patients. ....	11
Figure 16 : Schématisation des systèmes neuronaux du comportement de consommation chez un sujet sain .....	9
Figure 17 : Schématisation des systèmes neuronaux du comportement de consommation chez un sujet atteint d'un TUA. ....	9
Figure 18 : Pyramide des besoins fondamentaux de l'être humain de Maslow. ....	10
Figure 19 : Schématisation des mécanismes neurophysiologiques du craving.....	11
Figure 20 : L'opération artistique : outil méthodologique de l'AFRATAPEM. ....	13
Figure 21 : Les compétences psychosociales définies par l'OMS. ....	16
Figure 22 : Le formulaire d'engagement.....	19
Figure 23 : Échelle OCDS. ....	20
Figure 24 : Échelle HAD. ....	21
Figure 25 : Échelle ESUL. ....	22
Figure 26 : Échelle TAS-20. ....	23
Figure 27 : Questionnaire de fin d'étude à destination des soignants. ....	28
Figure 28 : Questionnaire de fin d'étude à destination des soignants (suite). ....	29
Figure 29 : Questionnaire d'auto-évaluation avant et après séance. ....	30
Figure 30 : Questionnaire de fin de PEC pour les patients. ....	31
Figure 31 : Questionnaire de fin de PEC pour les patients (suite). ....	32

## Références bibliographiques

### Monographies

- BERNHARD**, H. et **MILLOT**, C. *L'évaluation en Art-thérapie – pratiques internationales*. Elsevier Masson, 2006
- FORESTIER**, Richard. *Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine*. Paris, Édition Favre, 2017.
- FORESTIER**, Richard. *Le métier d'Art-thérapeute*. Edition Favre, 2014.
- FORESTIER**, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 7e éd. Suisse : Éditions Favre, 2012.
- LEJOYEUX**, Michel. *Les addictions*. Elsevier-masson, 2023.

### Articles et publications

- ALEXANDRE**, JM., **FOURNET**, L., **MORICEAU**, S. Le craving prédicteur de la rechute. Maladie alcoolique et rechute : Santé mentale, Juin 2021, n°259.
- ANSSEAU**, M. **BESSON**, J. **LEJOYEUX**, M. A French translation of the obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol-dependent patients : a validation study in Belgium, France, and Switzerland. *European Addiction Research*, Juin 2000, 6(2):51-6
- AURIACOMBE**, M., **FATSEAS**, M. et **DAULOUEDE**, JP. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Annales médico-psychologique revue psychiatrique* : Elsevier Masson, 2018, n°176, p.746-749
- DE GRACE**. **JOSHI**. **PELLETIER**. L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL) : validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement* : Janvier 1993, n°25(1), 12-27
- DEMATTEIS**, Maurice. **PENNEL**, Lucie. Du produit à la fonction : soins complexes en addictologie par une approche dimensionnelle fonctionnelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018, vol 176, Issue 8, p. 758-765
- FOX HC**, **BERGQUIST KL**, **HONG KI**, **S INHA R**. Stress-induced and alcohol cue-induced craving in abstinent alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clin Exp Res*, 2007, 31 : 395-403
- MASLOW**, A.H. Theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943, n°80.
- MONTEL**, Sébastien. Chapitre 9. Les fonctions exécutives. 11 grandes notions de neuropsychologie clinique, Dunod : 2016, p.173-182.
- MUNIZ**, J. et al. Reduction of Cortisol Levels and Participant's Responses Following Art Making. *The Journal of the American Art Therapy Association*. 2016, vol. 33, p. 74 à 80
- TAYLOR**, G. J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am. J. Psychiatry*. 1984, vol. 141, no 6, p. 725-732,
- TORRISI**, R. Événements traumatiques et réponses de stress : le rôle de l'ocytocine et de l'attachement, *Rev Med Suisse*. 2013, Vol. 9, no. 398, p. 1678–1681.

### Rapports, mémoires et thèses

- BIRLOUET**, Thomas. *Étude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolodépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 39p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016
- CORDOVIL DE SOUSA UVA**, Mariana. *Étude des fonctions cognitives, des symptômes affectifs et du craving chez les patients alcoolodépendants en cure de sevrage : analyse*

*transversale et longitudinale*. Louvain. UCLouvain. 1 vol. Master de spécialisation en psychothérapie : Louvain : 2011.

**NOTTELET-CHOQUEUX**, Marion. *Étude de l'impact de l'art-thérapie moderne à dominantes dessin, peinture, collage, calligramme et écoute musicale, sur l'engagement dans leur projet de soin, de personnes toxicomanes séjournant dans un centre thérapeutique résidentiel d'un csapa*. Grenoble. Université de Grenoble. 1 vol. 53p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Grenoble : 2023.

**TUFFET**, Louise. *Impact de l'art-thérapie moderne sur l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs auprès d'un public alcoolo-sevré en soins de suite et de réadaptation addictologiques*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 44p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2018.

**VANDERMEULEN**, Delphine. *"Investigation de l'effet de l'anxiété sur l'efficacité du fonctionnement exécutif"*. Liège. Université de Liège. 1 vol. 101p. Master en sciences psychologiques : Liège : 2012

### **Documents relatifs à l'enseignement de l'AFRATAPEM**

**AFRATAPEM**. *Repère Métier ART-THERAPIE*. [En ligne]. Édition AFRATAPEM, juin 2022. [Consulté le 22 février 2023]. Disponible sur le World Wide Web <http://art-therapie-tours.net/wp-content/uploads/2016/11/Rep%C3%A8re-M%C3%A9tier-Art-th%C3%A9rapie.pdf>

**CHARDON** Fabrice. Définitions relatives aux enseignements de l'AFRATAPEM 2022. Disponible sur le World Wide Web : <https://2911036840.digiforma.net/ts/343371>

**CHARDON**, Fabrice. *Théorie de l'Art Opératoire, Applications méthodologiques (cycle Art-thérapie 2/2)*, 2022 <https://2911036840.digiforma.net/ts/125551/module/807082>

**SARDO** Philippe. *L'Art. Cycle préparatoire à l'Art-thérapie*, 2021

[file:///C:/Users/georghassler/Downloads/Pr%C3%A9pa%20Cours%20M1%20-%20L\\_ART-V2.4.pdf](file:///C:/Users/georghassler/Downloads/Pr%C3%A9pa%20Cours%20M1%20-%20L_ART-V2.4.pdf)

**SOULINGEAS**, Hélène. *Opération Artistique augmentée. Application Méthodologique (cycle Art-thérapie 2/2)*, 2022. <https://2911036840.digiforma.net/ts/343371/module/392834>

### **Webographie**

**ASSOCIATION** Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. *Addictionnaire*. [En ligne]. ANPAA, Février 2021. [Consulté le 3 octobre 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire\\_Bdef\\_lien.pdf](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf)

**HAS**. *Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool*. [En ligne]. HAS, 2023. [Consulté le 3 juin 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide\\_agir\\_en\\_premier\\_recours\\_pour\\_diminuer\\_le\\_risque\\_alcool.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide_agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool.pdf)

**HAS**. *Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale*. [En ligne]. HAS, 2014. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf)

**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**. *Les conséquences de la consommation d'alcool*. [En ligne]. INSPQ, 2024. [Consulté le 3 juin 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>

**INSTITUT POUR LA PRATIQUE ET L'INNOVATION EN PSYCHOLOGIE** appliquée. *Echelle de Solitude de l'Université de Laval (ESUL)*. [En ligne]. Institut PI-Psy, 2021. [Consulté

le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://pi-psy.org/wp-content/uploads/2021/04/Echelle-de-Solitude-de-lUniversite-de-Laval-ESUL.pdf>

**JULLIARD**, Olivier. *Baumgarten Alexander Gottlieb (1714-1762)*. [En ligne]. *Encyclopædia Universalis*, 2023. [Consulté le 3 avril 2023]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/alexander-gottlieb-baumgarten/>

**LAUBENHEIMER**, Laurent. *Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)*. [En ligne]. Antidouleur, 2020. [Consulté le 30 avril 2023]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.antidouleur59.fr/douleursquestionnairetas20.pdf>

**LOAS**, G. *L'Alexithymie*. [En ligne]. HAL Open Science, 2012. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://hal.science/hal-00690281/document>

**MILDECA**. *Qu'est-ce qu'une addiction ?* [En ligne]. Gouvernement, 2024. [Consulté le 3 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>

**MILDECA**. *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives*. [En ligne]. MILDECA, Mars 2023. [Consulté le 18 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/SIMCA%202023-2027.pdf>

**SANTÉ PUBLIQUE FRANCE**. *Compétences psychosociales (CPS)*. [En ligne]. Santé Publique France, octobre 2022. [Consulté le 10 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

**SANTÉ PUBLIQUE FRANCE**. *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?* [En ligne]. Santé Publique France, 2019. [Consulté le 3 juin 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

**SAUVAGE** Hélène. *Trouble de l'usage d'alcool : prise en charge thérapeutique du sevrage, du maintien de l'abstinence et de la réduction des consommations*. [En ligne]. HAL, 2019. [Consulté le 14 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110371/file/SAUVAGE-Helene.pdf>

**SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**. *Outils utiles en consultation*. [En ligne]. SSMG, 2018. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.ssmg.be/outils-utiles-en-consultation/>

**CHARPY**, Arnaud. *Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif*. [En ligne]. Dumas HAL, Décembre 2021. [Consulté le 22 mai 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470444v1/file/Th%C3%A8se%20CHARPY%20Arnaud.pdf>

**INSERM**. *Troubles anxieux, quand l'anxiété devient pathologique*. [En ligne]. Inserm, mars 2021. [Consulté le 20 mai 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/#lanxi%C3%A9t%C3%A9-g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9e>

**CNRTL**. *PEINTURE*. [En ligne]. CNRTL. [Consulté le 10 Septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.cnrtl.fr/definition/peinture>

**OMS**. *Alcool*. [En ligne]. WHO, 28 juin 2024. [Consulté le 10 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

**CNRTL**. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.cnrtl.fr>

**HAS**. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.has-sante.fr>

**LE ROBERT**. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dictionnaire.lerobert.com>

**OMS**. [Consulté le 03/10/2024]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.who.int/fr>

## Annexes

Annexe 1 : Présentation des études art-thérapeutiques démontrant les bénéfices de l'Art-thérapie moderne en addictologie et sur lesquelles se base la mise en place de notre étude.

Synthèse des expériences art-thérapeutiques en addictologie			
Nom et dominante	Lieu et année	Public	Les bénéfices de l'Art-thérapie
Marion NOTTELLET- CHOQUEUX <sup>34</sup> <b>Arts plastiques et écoute musicale</b>	Centre thérapeutique Résidentiel du Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes (CAST) de Reims	Patients toxicomanes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de l'engagement</li> <li>- Meilleure <b>autonomie*</b></li> <li>- Favorise le sentiment d'être sujet</li> <li>- Augmente le plaisir à être</li> <li>- Favorise la confiance en soi</li> <li>- Développe les capacités d'adaptation</li> <li>- Diminuer les envies de consommation</li> </ul>
Thomas BIRLOUET <sup>35</sup> <b>Écoute et pratique musicale</b>	Centre Hospitalier G.Dron Unité d'addictologie clinique	Patients Alcoolodépendants (maintenant nommé TUA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des fonctions exécutives</li> <li>- Favorise l'engagement psychocorporel dans le projet de soin du patient</li> </ul>
Louise TUFFET <sup>36</sup> <b>Arts plastiques et musique</b>	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Val d'erdre auxence	Patients alcoolodépendants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des trois composantes de l'estime de soi</li> <li>- Diminution de la symptomatologie anxieuse et dépressive</li> </ul>

Tableau 10 : Présentation des études art-thérapeutiques démontrant les bénéfices de l'Art-thérapie moderne en addictologie et sur lesquelles se base la mise en place de notre étude.

Annexe 2 : Récapitulatifs des missions et accompagnements proposés par le CSAPA

Les différentes missions du CSAPA	Les accompagnements proposés
<u>L'accueil et l'information</u> pour toute personne ayant une addiction ou pour son entourage.	<u>Consultations médicales</u> Objectiver l'addiction, recherche de troubles associés et prises en charge médicamenteuses
<u>L'évaluation médicale, psychologique et sociale</u> (demandes et besoins pour le PAP)	<u>Entretiens psychologiques</u> Suivi psychologique individuel et de l'entourage à la demande de l'utilisateur.
Une aide à la <b>Réduction des risques et des dommages liés à la consommation (RDRD)*</b>	<u>Entretiens infirmiers</u> Évaluation globale, entretien de suivi, prévention et éducation à la santé
<u>Mission de prévention</u> (en individuel ou collectif en milieu scolaire, universitaire, professionnel)	<u>Accompagnement socio-éducatif</u> Évalue les conséquences sociales de la pratique addictive, maintien des droits sociaux, réinsertion et développement de l'autonomie

Tableau 11 : Récapitulatifs des missions et accompagnements proposés par le CSAPA de Coulommiers.

<sup>34</sup> NOTTELLET-CHOQUEUX, Marion. *Étude de l'impact de l'art-thérapie moderne à dominante dessin, peinture, collage, calligramme et écoute musicale, sur l'engagement dans leur projet de soin, de personnes toxicomanes séjournant dans un centre thérapeutique résidentiel d'un csapa*. Grenoble. Université de Grenoble. 1 vol. 53p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Grenoble : 2023.

<sup>35</sup> BIRLOUET, Thomas. *Étude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolodépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 39p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016.

<sup>36</sup> TUFFET, Louise. *Impact de l'art-thérapie moderne sur l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs auprès d'un public alcoolodépendant en soins de suite et de réadaptation addictologiques*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 44p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2018.

Annexe 3 : Description du PAP et des ateliers thérapeutiques disponibles au CSAPA de Coulommiers pour adapter le PAP aux envies et besoins de chaque patient.

Le PAP	Les ateliers thérapeutiques
<div style="text-align: center;"> <p><b>Premier accueil</b>  <i>Assistante socio-éducative ou infirmières</i>            Évaluation globale : addiction, besoins, attentes</p>  <p><b>Deuxième temps</b>  <i>Médecin</i>            Prise en charge spécifique et spécialisée</p>  <p><b>Troisième temps</b>            Constitution de votre PAP et de la place de votre entourage dans votre PEC</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sophrologie</b></li> <li><b>Marche / Gym douce</b></li> <li><b>Luminothérapie</b></li> <li><b>Socio-esthétique</b></li> <li><b>Groupe de parole</b></li> <li><b>Réalité virtuelle</b></li> <li><b>Atelier numérique</b></li> </ul>

Tableau 12 : Description du PAP et des ateliers thérapeutiques disponibles au CSAPA de Coulommiers pour adapter le PAP aux envies et besoins de chaque patient.

**Annexe 4** : Les deux outils permettant le diagnostic de l'addiction.

<b>Les deux outils permettant le diagnostic de l'addiction</b>	
Les critères établis par le CIM (OMS) <sup>37</sup>	Les critères établis par le DSMV de l'American Psychiatric Association <sup>37</sup>
<p><u>Pour poser le diagnostic de la dépendance, au moins 3 critères sur les 6 identifiés doivent être présents notamment :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive</li> <li>- Des difficultés à contrôler l'utilisation</li> <li>- Le syndrome de sevrage physiologique</li> <li>- La mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance</li> <li>- L'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts</li> <li>- La poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives</li> </ul> <p>Ces critères permettent de caractériser le degré de sévérité de l'addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de 2 à 3 critères : addiction faible</li> <li>- Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée</li> <li>- Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère</li> </ul>	<p><u>Pour poser le diagnostic de la dépendance, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive</li> <li>- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)</li> <li>- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage</li> <li>- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré</li> <li>- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;</li> <li>- Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.</li> </ul>

Tableau 13 : Comparaison des deux outils le CIM et le DSMV permettant le diagnostic de l'addiction

<sup>37</sup> MILDECA. *Qu'est-ce qu'une addiction ?* [En ligne]. MILDECA, 2024. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>

Annexe 5 : Schématisation des systèmes neuronaux impliqués dans le comportement de la consommation.<sup>38</sup>

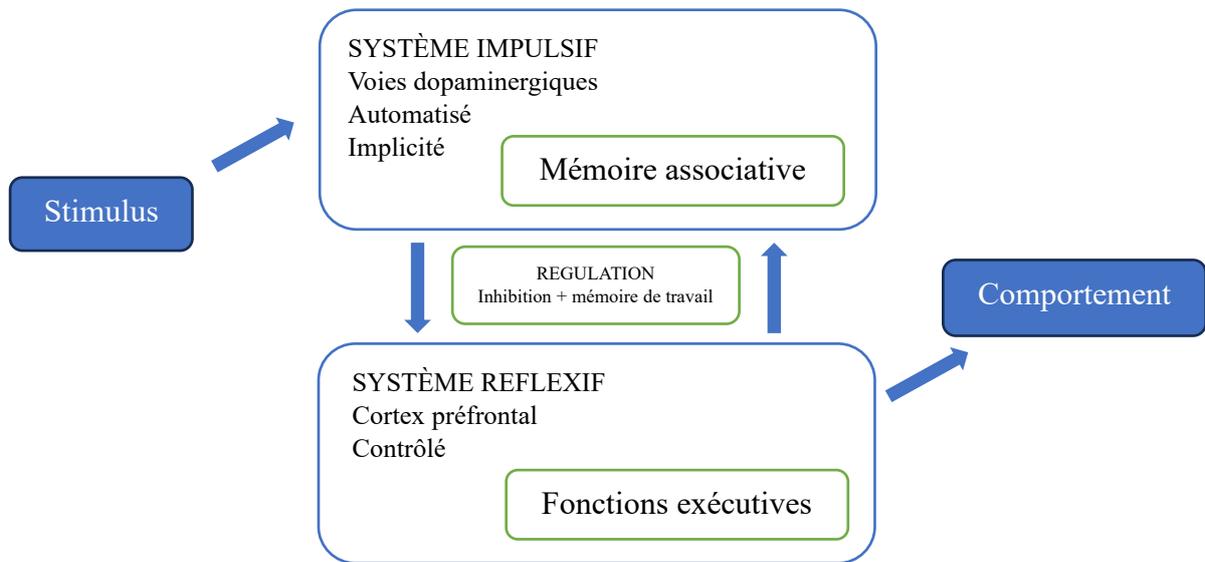


Figure 16 : Schématisation des systèmes neuronaux du comportement de consommation chez un sujet sain (Renforcement positif).

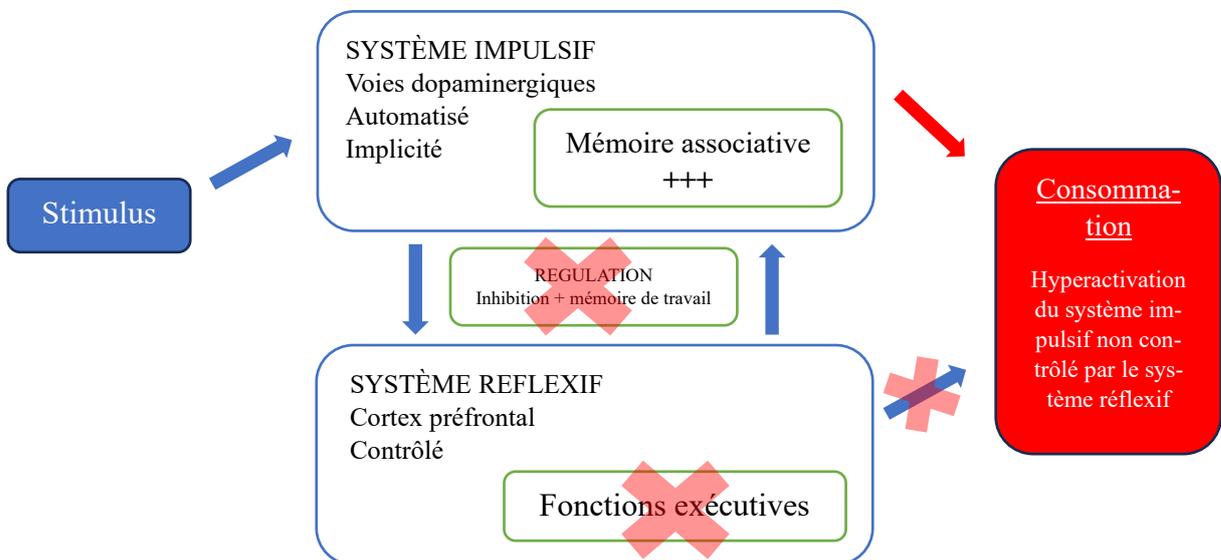


Figure 17 : Schématisation des systèmes neuronaux du comportement de consommation chez un sujet atteint d'un TUA. (Renforcement négatif).

<sup>38</sup> LEJOYEUX, Michel. *Les addictions*. Elsevier-masson, 2023.

## Annexe 6 : La pyramide des besoins de Maslow. <sup>39</sup>

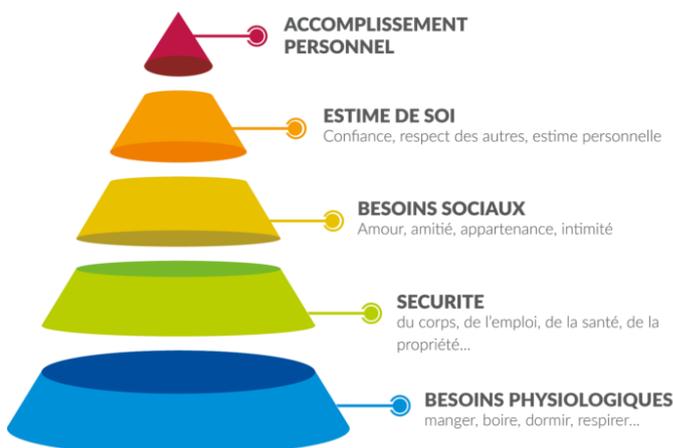


Figure 18 : Pyramide des besoins fondamentaux de l'être humain de Maslow.

## Annexe 7 : Souffrances physiques, mentales et sociales engendrées par un TUA.

SOUFFRANCES LIEES AU TUA <sup>40 41 42</sup>		
PHYSIQUES / SEXUELLES	MENTALES	SOCIALES
Maladies chroniques (maladies du foie et du pancréas, troubles cardiovasculaires, gastro-intestinales, cancers, hypertension artérielle...) Sommeil altéré / Somnolence Douleurs Épilepsie AVC Diabète de type 2 Maladies infectieuses (IST) Syndrome de sevrage Lésions neurologiques irréversibles Perte de désirs sexuels Impuissance Baisse de la fertilité Modifications sensorielles Possible overdose Comportements sexuels à risque.	Estime de soi et image corporelle altérée Dépression / Apathie Identité fortement altérée Confusion / Agitation Idées suicidaires voire état délirant (hallucinations) Délirium Tremens Tentative de suicide Anxiété /panique / phobie Déclenchement ou aggravation de troubles psychiatriques (de type psychotique, paranoïaque). Troubles émotionnels, de l'humeur, de la personnalité Troubles du sommeil, de l'alimentation Troubles obsessionnels Troubles cognitifs (principalement des fonctions exécutives, mémoire épisodique, prises de décisions). Troubles de la vision Altération des perceptions et des réflexes Troubles du comportement (Agressivité / violence) Troubles des capacités motrices (psychomotricité altérée)	Repli sur soi Sentiment d'être hors norme Exclusion sociale (perte d'emploi, d'amis, de relations stables...) Isolement Précarité sociale Difficultés économiques et entraves financières Méfiance et crainte relationnelle Agressivité Violences Difficulté à vivre en communauté

Tableau 14 : Souffrances physiques, sexuelles, mentales et sociales liées au TUA.

<sup>39</sup> MASLOW, A.H. Theory of human motivation. Psychological Review. 1943, n°80.

<sup>40</sup> Santé Publique France. *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?* [En ligne]. Santé Publique France, 2019. [Consulté le 3 juin 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

<sup>41</sup> HAS. *Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool.* [En ligne]. HAS, 2023. [Consulté le 3 juin 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide\\_agir\\_en\\_premier\\_recours\\_pour\\_diminuer\\_le\\_risque\\_alcool.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide_agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool.pdf)

<sup>42</sup> Institut national de santé publique du Québec. *Les conséquences de la consommation d'alcool.* [En ligne]. INSPQ, 2024. [Consulté le 3 juin 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>

Annexe 8 : Schématisation des mécanismes neurophysiologiques du craving.<sup>43</sup>

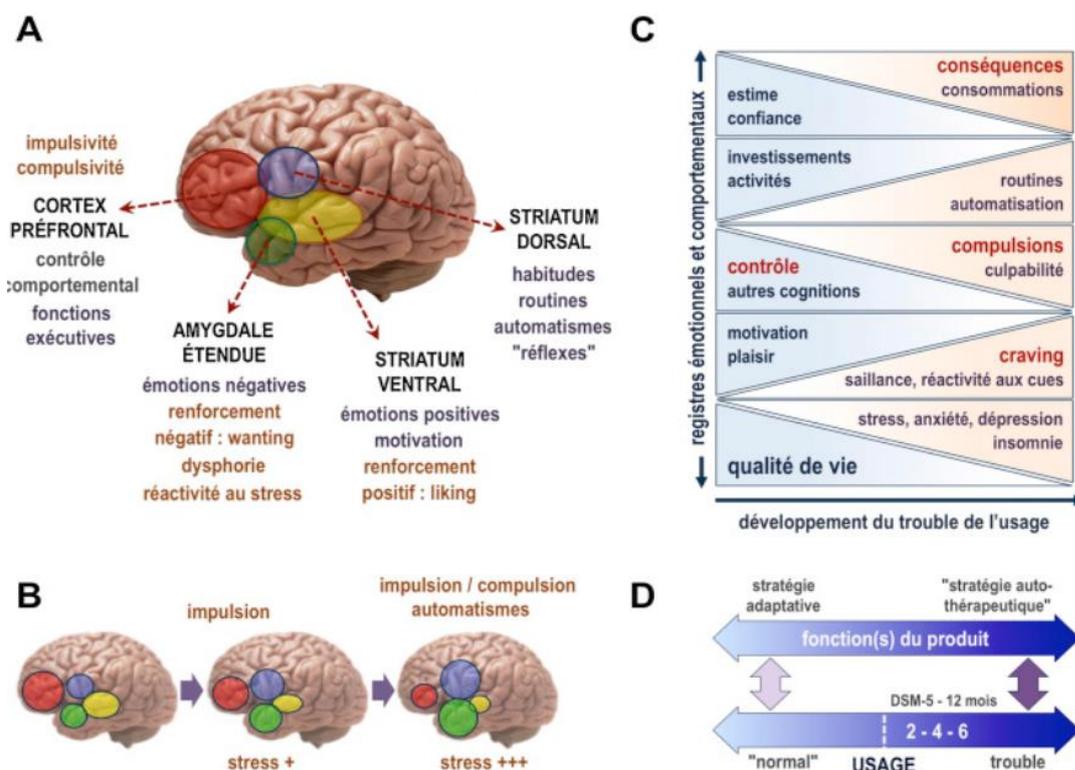


Figure 19 : Schématisation des mécanismes neurophysiologiques du craving.

Annexe 9 : Définitions et symptômes de l'alexithymie et de l'anxiété.

ALEXITHYMIE <sup>44</sup>	ANXIÉTÉ <sup>45</sup>
<p>« Patients qui ont des difficultés à trouver les mots appropriés pour décrire leurs émotions, un discours caractérisé par des détails répétitifs, peu d'activité onirique, et des relations interpersonnelles marquées par une forte dépendance sous une apparence de détachement. »</p>	<p>« L'anxiété est un phénomène physiologique naturel : en réponse à un danger ou à un stress, le fonctionnement de notre organisme se modifie [...] En temps normal, ces modifications disparaissent rapidement. Lorsqu'elles deviennent trop intenses ou envahissantes, au point de perturber le quotidien, d'entraîner des arrêts de travail et de générer un sentiment permanent d'insécurité, on parle de trouble anxieux. »</p>
Symptômes	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés ou incapacité à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui</li> <li>• Incapacité à identifier ses sentiments et à les distinguer de ses sensations corporelles                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté de la vie imaginaire</li> </ul> </li> <li>• Pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psychologiques</b> : irritabilité, impulsivité, peur irrationnelle, difficulté à se concentrer, baisse des performances intellectuelles, incapacité à faire des projets, vision négative de l'avenir...</li> <li>• <b>Physiques</b> : troubles digestifs, douleurs, insomnies, fatigue, maux de tête, vertiges...</li> </ul>

Tableau 15 : Définitions et symptômes de l'alexithymie et de l'anxiété.

<sup>43</sup> DEMATTEIS, Maurice. PENNEL, Lucie. Du produit à la fonction : soins complexes en addictologie par une approche dimensionnelle fonctionnelle. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2018, vol 176, Issue 8, p. 758-765

<sup>44</sup> CHARPY, Arnaud. Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif. [En ligne]. Dumas HAL, Décembre 2021. [Consulté le 22 mai 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470444v1/file/Th%C3%A8se%20CHARPY%20Arnaud.pdf>

<sup>45</sup> INSERM. Troubles anxieux, quand l'anxiété devient pathologique. [En ligne]. Inserm, mars 2021. [Consulté le 20 mai 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/#lanxi%C3%A9t%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9>

## Annexe 10 : Le protocole thérapeutique de l'ATM

Le protocole thérapeutique en Art-thérapie moderne	
Indication Médicale	<b>C'est la recommandation pour un soin par le corps médical.</b> <sup>46</sup> Elle est obligatoire et concerne le plus souvent les troubles de l'expression, la communication et la relation.
Anamnèse	<b>Ce sont les renseignements relatifs à un patient et à sa maladie ou sa pénalité.</b> <sup>46</sup> Elle fait partie du dossier médical du patient ou peut être transmise à l'oral par l'équipe.
Intention sanitaire	Elle correspond à l'attente du patient concernant les bénéfices de la prise en charge.
État de base et analyse de l'état de base	<b>L'état de base correspond à l'état sanitaire initial du patient.</b> <sup>46</sup> L'analyse de l'état de base permet alors de repérer les souffrances, les mécanismes sains et ceux qui sont impactés. La souffrance principale nous permet de définir la pénalité principale de celles dites en cascade, ainsi que les besoins non satisfaits associés.
Sites d'action	<b>Ce sont les mécanismes humains défaillants.</b> <sup>46</sup> C'est au regard des sites d'actions que l'Art-thérapeute va définir son objectif général.
Cibles thérapeutiques	Elles correspondent aux <b>mécanismes humains sains ou à la partie préservée d'un mécanisme humain.</b> <sup>46</sup> L'Art-thérapeute va s'appuyer sur ces mécanismes-là pour établir sa stratégie thérapeutique.
Objectif général	<b>C'est le but sanitaire à atteindre</b> <sup>46</sup> au regard des pénalités et potentialités du patient.
Objectifs intermédiaires	<b>Ce sont les étapes intermédiaires à franchir pour atteindre l'objectif général.</b> <sup>46</sup> Un OI correspond à une <b>boucle de renforcement*</b> qui s'appuie sur les mécanismes préservés.
Stratégie thérapeutique	<b>C'est l'organisation de l'activité thérapeutique dans un but sanitaire.</b> <sup>46</sup> C'est l'organisation de la méthode, des moyens au service des objectifs sanitaires. La dominante est une composante importante de la stratégie qui doit être choisie en fonction des potentialités du patient et des effets positifs qu'elle peut avoir sur ses souffrances.
Moyens	Les moyens de la stratégie thérapeutique correspondent aux nombres de séances envisagées pour atteindre l'objectif, la fréquence des séances, le matériel, le lieu...
Méthode	La méthode permet de définir la nature (jeu, exercice ou mise en situation) du protocole thérapeutique, sa fonction (didactique, révélateur, occupationnel ou thérapeutique) et enfin sa modalité (directif, dirigé, semi-dirigé, ouvert ou libre).
Items	<b>Fait concret minime observable.</b> <sup>46</sup> Ce sont des éléments tangibles mesurables qualitativement et quantitativement. Chaque faisceau d'items est composé de plusieurs items qui permettent d'évaluer un objectif intermédiaire précis. Ils sont cotés de 1 à 5.
Évaluation	L'évaluation se fait à la fin de chaque séance par l'Art-thérapeute à travers les items, le patient peut aussi s'auto-évaluer. Elle permet de dire si le patient a atteint l'objectif.
Bilan	Il s'établit en fin de prise en charge pour montrer l'évolution du patient. Il doit être transmis à l'équipe pluridisciplinaire et sert de lien écrit entre plusieurs professionnels.

Tableau 16 : Le protocole thérapeutique en Art-thérapie moderne.

<sup>46</sup> FORESTIER, Richard. *Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine*. Paris, Édition Favre, 2017.

Annexe 11 : Schéma représentatif de l'Opération Artistique (OA).<sup>47</sup>

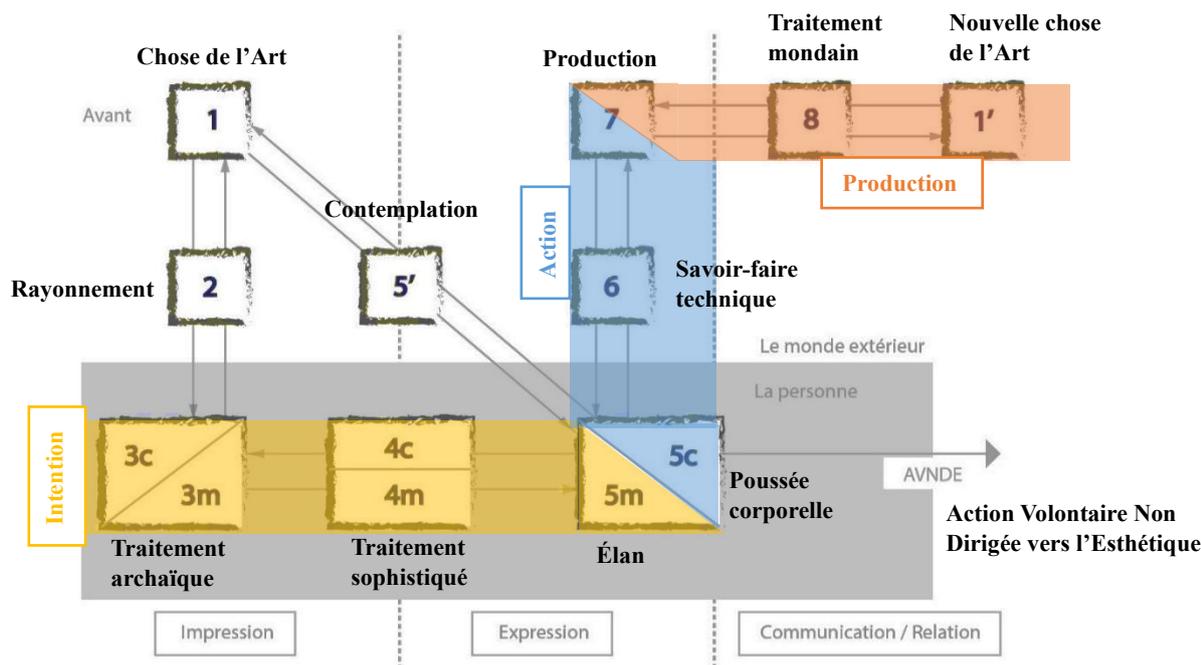


Figure 20: L'opération artistique : outil méthodologique de l'AFRATAPEM.

L'avant		Histoire, contexte socio-culturel et environnement du patient.
<b>Accident spatio-temporel</b>	1	Chose de l'Art inscrite dans le temps et l'espace
<b>Rayonnement</b>	2	L'œuvre d'Art rayonne et peut être captée par les sens de l'être humain (appétence sensorielle)
<b>Traitement archaïque</b> (Système Nerveux central périphérique - Système Nerveux Autonome Système limbique)	3C	Informations sensibles du monde extérieur vécues et reçues de manière sensorielle. (Sensations / Sensorialités).
	3M	Informations sensibles du monde extérieur vécues et reçues de manière émotionnelle. (Émotions / Sensibilité).
<b>Traitement sophistiqué</b> (Facultés et capacités cognitives / fonctionnement de la pensée et sensitivo-moteur)	4C	L'organisation des différents segments corporels en vue d'une action. Psychomotricité en lien avec la structure corporelle- Origine cérébrale non corticale
	4M	Activité mentale (langage, mémoire, choix, faculté critique ...). Traitement cognitif des émotions qui donne naissance aux sentiments. Sensations qui deviennent perceptions.
<b>Élan corporel</b>	5M	Tension physique et psychique qui peut permettre le passage à l'action. Mouvement intérieur non visible.
<b>Contemplation</b>	5'	Mise en mouvement du corps dans une attitude contemplative à la recherche de nouveaux ressentis.
<b>Poussée corporelle</b>	5C	La mobilisation de la masse corporelle en vue de l'action. Mouvement qui peut être visible dans le monde sensible.
<b>Savoir-faire technique</b>	6	Action / Savoir-faire / Technique / Style / Psychomotricité. C'est l'expression visible des mécanismes humains (3/4/5).
<b>Production</b>	7	Rapport fond/forme tendant vers l'idéal esthétique. Matérialisation des phases précédentes s'inscrivant dans le temps et l'espace.
<b>Traitement mondain</b>	8	Exposer sa production au jugement d'autrui. Valorisation et/ou critique.
<b>Nouvelle chose de l'Art</b>	1'	Nouvelle œuvre d'Art permettant une nouvelle opération artistique.

Tableau 17 : Détail des différentes phases de l'Opération Artistique.

<sup>47</sup> SOULINGEAS, Hélène. *Opération Artistique augmentée. Application Méthodologique (cycle Art-thérapie 2/2)*, 2022. <https://2911036840.digiforma.net/ts/343371/module/392834>

Annexe 12 : L'auto-évaluation du cube harmonique.<sup>48</sup>

Théorie de l'Art opératoire		
BON	BIEN	BEAU
<i>Ai-je éprouvé du plaisir ?</i>	<i>Est-ce que c'est bien réalisé ?</i>	<i>Est-ce que ma production est belle ?</i>
Lien avec les composantes de l'estime de soi		
Amour de soi	Confiance en soi	Affirmation de soi
Lien avec l'œuvre d'Art		
Intention / Fond	Action / Forme	Production / Rayonnement
Implication des mécanismes humains		
Engagement	Style	Goût
Savoir-être	Savoir-faire	Savoir-ressentir

Tableau 18 : Auto-évaluation du cube harmonique

Annexe 13 : Les pouvoirs et effet de l'Art durant la pratique artistique.<sup>49</sup>

	Intention	Action	Production
	<i>Amour de soi</i>	<i>Confiance en soi</i>	<i>Affirmation de soi</i>
	BON	BIEN	BEAU
	Savoir-être	Savoir-faire	Savoir-ressentir
	Engagement	Style	Goût
<b>Pouvoir d'entraînement</b>	L'impression artistique fait naître des ressentis et émotions. Lorsqu'ils sont agréables cela nous pousse à exprimer notre vision du monde. L'intention se crée et le pouvoir d'entraînement nous permet de nous engager pour passer à l'action.	L'action produite en lien avec l'émotion ressentie nous permet de nous exprimer avec notre style et notre savoir-faire. La satisfaction et les gratifications sensorielles de la production vont nous amener à poursuivre jusqu'à la production.	La production va amener une satisfaction et une valorisation sociale qui nous permet d'affirmer nos goûts de manière hors verbale. La sympathie génère un pouvoir d'entraînement social qui nous pousse à la relation.
<b>Pouvoir éducatif</b>	La contemplation artistique éduque nos sens, notre imaginaire et nos capacités à ressentir des émotions. Notre savoir-être nous permet de prendre conscience que nous existons.	Lors de la mise en action, et pour que la production soit satisfaisante, il est nécessaire de développer un savoir-faire par l'apprentissage de nouvelles techniques. Elles permettront d'exprimer notre style.	Élaboration des goûts permet de prendre conscience du caractère unique de chacun. Lorsque nous avons conscience que nous sommes uniques, nous pouvons nous affirmer au sein du groupe.
<b>Effet relationnel</b>	L'Art favorise les échanges et la relation. Nous ressentons du plaisir à être en lien avec les autres.	L'Art par la transmission du savoir-faire nécessite une relation. Implication dans l'activité artistique et la relation.	Une œuvre doit être partagée et reconnue pour être œuvre. Elle nous permet d'affirmer nos goûts de manière hors verbale.

Tableau 19 : Les pouvoirs et effet de l'Art durant la pratique artistique.

<sup>48</sup> CHARDON, Fabrice. *Théorie de l'Art Opératoire, Applications méthodologiques (cycle Art-thérapie 2/2)*, 2022 <https://2911036840.digiforma.net/ts/125551/module/807082>

<sup>49</sup> SARDO Philippe. *L'Art. Cycle préparatoire à l'Art-thérapie*, 2021 [file:///C:/Users/georgeshassler/Downloads/Pr%C3%A9pa%20Cours%20M1%20-%20L\\_ART-V2.4.pdf](file:///C:/Users/georgeshassler/Downloads/Pr%C3%A9pa%20Cours%20M1%20-%20L_ART-V2.4.pdf)

**Annexe 14 : Spécificités des dominantes utilisées durant l'étude.**

<b><u>La peinture</u></b> (art de peindre) : moyen d'expression qui, par le jeu des couleurs et des formes sur une surface, tend à traduire la vision personnelle de l'artiste. <sup>50</sup>			
<b><u>Le collage</u></b> : Technique qui permet de produire des œuvres d'Art en collant esthétiquement différentes matières, objets, sur un support. <sup>51</sup>			
<b><u>L'écriture</u></b> : Ensemble de signes graphiques organisés de nature à représenter la pensée. <sup>51</sup>			
<b><u>L'Origami</u></b> : Art du pliage de feuilles de papier. <sup>51</sup>			
<b>Dominante</b>	<b>Pouvoirs de la dominante exploitée</b>	<b>Spécificités de la dominante et mécanismes humains impliqués</b>	<b>Besoins impactés</b>
<b>Peinture</b>	<p><b>Pouvoir éducatif</b> (éducation des sens et ouverture culturelle – considération de soi)</p> <p><b>Pouvoir d'entraînement</b> (système de récompense – stimulation des sens- plaisir)</p> <p><b>Effet relationnel</b> (affirmation et communication non verbale – statut d'artiste).</p>	<p><u>Stimule les canaux sensoriels</u> (vue, toucher) par les couleurs, la matière et les outils.</p> <p><u>Peut permettre la stimulation douce de la structure corporelle</u></p> <p><u>Suggère un ralentissement corporel</u> : contemplation, milieu aqueux, gestion du stress</p> <p><u>Suscite la surprise et l'émerveillement</u></p> <p><u>Peut susciter de l'apaisement</u></p>	Besoin physiologique et de sécurité
<b>Collage</b>	<p><b>Pouvoir éducatif</b> (fonctions exécutives)</p> <p><b>Pouvoir d'entraînement</b> (maîtriser un savoir-faire valorisant)</p> <p><b>Effet relationnel</b> (affirmation et communication non verbale – statut d'artiste).</p>	<p><u>Art diachronique</u> : laisse une trace pouvant être transportée et récupérée, réalisation en étapes.</p> <p><u>Production finale facilement satisfaisante</u></p> <p><u>Demande de faire des choix</u></p> <p><u>Capacités de projection et d'organisation</u></p> <p><u>Affirmation non verbale de ses goûts</u></p>	Besoin de maîtrise, d'estime et de réalisation
<b>Écriture</b>	<p><b>Pouvoir éducatif</b> (éducation des sens et reconnaissance des émotions, motricité fine et fonctions exécutives)</p> <p><b>Pouvoir d'entraînement</b> (système de récompense – stimulation des sens- plaisir)</p> <p><b>Effet relationnel</b> (facilite l'affirmation hors verbale, la communication des émotions).</p>	<p><u>Véhicule des émotions / Éveil les sens</u></p> <p><u>Participe de la graphie</u></p> <p><u>Stimule la vue (acte contemplatif).</u></p> <p><u>Développe la motricité fine</u></p> <p><u>Participe à l'expression de ses ressentis</u></p> <p><u>Active les connaissances linguistiques</u></p> <p><u>Statut d'auteur : valorisation sociale</u></p> <p><u>Est un support servant l'expression non verbale (ressentis/goûts)</u></p>	Besoin de maîtrise, de réalisation et de sécurité
<b>Origami</b>	<p><b>Pouvoir éducatif</b> (posture corporelle, fonctions exécutives, savoir-faire)</p> <p><b>Pouvoir d'entraînement</b> (résultat satisfaisant, mobilise le corps)</p> <p><b>Effet relationnel</b> (transmission, entraide, coopération)</p>	<p><u>Adaptation de la structure corporelle</u></p> <p><u>Capacité de compréhension d'un schéma</u></p> <p><u>Projection spatio-temporelle</u></p> <p><u>Précision / Pression du geste</u></p> <p><u>Mobilise les fonctions exécutives</u></p> <p><u>Effet scénique envisageable.</u></p> <p><u>Une fois maîtrisée la technique peut être apprise à un tiers (transmission)</u></p>	Besoin de maîtrise, d'estime, de réalisation

Tableau 20 : Récapitulatif des mécanismes humains et des pouvoirs et de l'effet de l'Art sollicités au regard des dominantes artistiques utilisées dans cette étude.

<sup>50</sup> CNRTL. *PEINTURE*. [En ligne]. CNRTL. [Consulté le 10 Septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.cnrtl.fr/definition/peinture>

<sup>51</sup> FORESTIER, Richard. *Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine*. Paris, Édition Favre, 2017.

Annexe 15 : Les compétences psychosociales définies par l’OMS<sup>52</sup>.

Définition complète et actuelle des compétences psychosociales : « *Il s'agit d'un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.* »

Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables
		Capacité à résoudre des problèmes de façon créative
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
		Résoudre des conflits de façon constructive

Figure 21 : Les compétences psychosociales définies par l'OMS.

<sup>52</sup> Santé Publique France. *Compétences Psychosociales (CPS)*. [En ligne]. Santé Publique France, 2022. [Consulté le 9 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

**Annexe 16** : Les compétences psychosociales développées grâce aux spécificités des dominantes choisies. <sup>53</sup>

	Compétences sociales	Compétences Cognitives	Compétences émotionnelles	Besoins
Peinture	<p>Communication verbale/non verbale                      Expression des émotions                      Feed back                      Jugement critique                      Empathie (comprendre &amp; écouter)                      Compétence de plaider</p>	<p>Prise de décision.                      Réinvestissement de prérequis.                      Élaboration/séquençage                      Projection/résolution de problématiques/Pensée critique et autoévaluation                      Effet d'influence (média : messages)</p>	<p>Exprimer ses émotions de manière non verbale et positive                      Identifier ses émotions                      Coping (gestion de la frustration lors de la production)</p>	<p>(Sécurité)                      Estime                      Appartenance</p>
Écriture	<p>Développer des relations constructives via les effets relationnels de l'art                      Accès au statut d'auteur</p>	<p>Projection, auto-régulation oculomotrice, logique, mémoire de travail, planification,</p>	<p>Utilisation de ses émotions pour agir de manière adaptée et régulée.                      Identifier et partager des états émotionnels</p>	<p>Sécurité                      Estime                      Appartenance                      Réalisation</p>
Origami	<p>Une fois mémorisée, la technique peut être transmise à un tiers (transmission).                      Possibilité de mise en scène</p>	<p>Prise de décision.                      Réinvestissement de prérequis.                      Élaboration/séquençage/projection/résolution de problématiques. Coping (faire face en situation d'adversité).                      Représentation spatiale.                      Atteindre ses buts.                      Planification, inhibition.</p>	<p>Peut susciter l'émerveillement. Appel aux souvenirs, à la mémoire. Identifier ses émotions.</p>	<p>Estime                      Réalisation</p>
Collage	<p>Communiquer un message / Exprimer des idées et ses goûts.                      Développer des liens sociaux. Entrer en relation par l'assemblage de texte/mot/image/croquis /schéma...</p>	<p>Valorisation des idées                      Concevoir une planche d'ambiance (organisation thématique /réflexive)                      Avoir une pensée créative (assemblage/juxtaposition/ superposition/liens)                      Prise de décision/ choix                      Maîtrise de son environnement.</p>	<p>Peut susciter l'émerveillement. Appel aux souvenirs, à la mémoire. Identifier ses émotions. Coping (faire face en situation d'adversité).                      Décomposition et re-composition rassurante (maîtrise de son environnement).</p>	<p>Sécurité                      Estime                      Réalisation                      Autonomie</p>

Tableau 21 : Synthèse des compétences psychosociales de l'OMS développées par les spécificités de chaque dominante.

<sup>53</sup> Santé publique France. *Compétences psychosociales (CPS)*. [En ligne]. Santé Publique France, octobre 2022. [Consulté le 10 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

Annexe 17 : Tableau récapitulatif des spécificités de l'Art-thérapie moderne permettant de répondre aux objectifs de la SIMCA 2023-2027.

Les objectifs de la SIMCA 2023-2027 <sup>54</sup>	Les spécificités de l'Art-thérapie moderne
<p><b>Objectif 1</b>  <b>Doter chacun de la liberté de choisir</b>            Développement des compétences psychosociales (CPS) en particulier les compétences d'auto-régulation, de gestion des émotions et des impulsions, de prise de décision et de résolution de problème.</p>	<p>En utilisant le pouvoir éducatif de l'Art, l'Art-thérapie permet le développement des compétences psychosociales indiquées ci-contre. (cf Annexe précédente)</p>
<p><b>Objectif 3</b>  <b>Assurer à chaque usager une prise en charge adaptée</b></p>	<p>La prise en charge art-thérapeutique tient compte des besoins de chaque patient et permet un suivi personnalisé et adapté</p>
<p><b>Objectif 8</b>  <b>Faire des milieux de vie des environnements plus protecteurs</b>            Éducation thérapeutique / Prévention sont des priorités dans la lutte contre les addictions. Favoriser le changement de comportement grâce à l'éducation thérapeutique.</p>	<p>Le pouvoir d'entraînement de l'Art favorise les changements de comportement pour passer d'un comportement compulsif à un comportement sain. Cela permet de sortir de l'addiction pour créer des plaisirs plus sereins, constructifs et tournés vers les autres.</p>
<p><b>Objectif 10</b>  <b>Observer, éclairer et évaluer pour mieux agir</b>            Produire des données scientifiques, poursuivre la structuration de la recherche et favoriser l'évaluation.</p>	<p>La PEC en Art-thérapie moderne permet une observation fine du patient afin d'établir un état de base moteur, cognitif, sensoriel et psychoaffectif. Les outils art-thérapeutiques permettent quant à eux une évaluation constante et qui soit la plus objective possible.</p>

Tableau 22 : Tableau récapitulatif des spécificités de l'Art-thérapie moderne permettant de répondre aux objectifs de la SIMCA 2023-2027

<sup>54</sup> MILDECA. *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027*. [En ligne]. MILDECA, Mars 2023. [Consulté le 15 mai 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/SIMCA%202023-2027.pdf>



## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET D'ENGAGEMENT**

**Étude de l'impact de l'Art-thérapie moderne auprès d'un public ayant un trouble de l'usage d'alcool (TUA) au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Coulommiers sur le site Abel Leblanc du Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)**

**Lieu de la recherche** : CSAPA de Coulommiers du GHEF  
28 Avenue Victor Hugo 77120 Coulommiers

**L'Art-thérapeute** : Mme Julie JEANNIN, Art-thérapeute diplômée et en formation au Diplôme Universitaire d'Art-thérapie à la faculté de médecine de Lille.

**Stage encadré par** : Dr Mathieu ROYER, Addictologue et Responsable du Site.

### **Les modalités du projet de recherche :**

Une prise en soin en Art-thérapie moderne vous est proposée par Mme Julie JEANNIN, cet accompagnement durera 8 semaines. Vous allez ainsi pouvoir expérimenter différents médiums tels que le collage, la peinture, l'écriture et l'origami. Nous élaborerons ensemble les objectifs thérapeutiques à atteindre par le biais de la pratique artistique. Dans le cadre de cette recherche vous serez également amené à répondre à des questionnaires permettant l'évaluation objective de l'Art-thérapie moderne.

### **Vous êtes libres d'accepter ou de refuser les modalités suivantes :**

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.  OUI  NON

J'ai pris conscience que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles. Leur consultation ne sera possible qu'aux personnes soumises au secret professionnel collaborant à cette recherche. Votre prise en charge sera anonyme dans l'étude.  OUI  NON

J'accepte que les résultats de cette recherche puissent être publiés dans des revues scientifiques ou lors de congrès scientifiques.  OUI  NON

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.  OUI  NON

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche.  OUI  NON

J'accepte que des photographies de mes productions soient prises et qu'elles puissent faire l'objet d'un traitement (diffusion) dans le cadre de l'étude.  OUI  NON

Je soussigné, Madame – Monsieur \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature**

Figure 22 : Le formulaire d'engagement.

## Annexe 19 : Échelle OCDS <sup>55</sup>

### OCDS

→ Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**. Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

**Q1 Lorsque vous ne buvez pas d'alcool, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool?**

- 0 A aucun moment
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- 4 Plus de 8 heures par jour

**Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?**

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

**Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction)? Y a-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)**

- 0 Les pensées relatives à la consommation d'alcool n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- 2 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Les pensées relatives à la consommation d'alcool affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation d'alcool bloquent mes activités sociales ou professionnelles

**Q8 Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool?**

- 0 Aucun
- 1 Pas plus d'un jour par semaine
- 2 De 2 à 3 jours par semaine
- 3 De 4 à 5 jours par semaine
- 4 De 6 à 7 jours par semaine

**Q9 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)**

- 0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de boire interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
- 2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger
- 3 Le fait de boire affecte de façon importante mon activité professionnelle
- 4 Les problèmes d'alcool bloquent mes capacités de travail

**Q10 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?**

- 0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de boire interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté
- 2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Le fait de boire affecte de façon importante mes activités sociales
- 4 Les problèmes d'alcool bloquent mes activités sociales

**Q11 Si l'on vous empêchait de boire de l'alcool quand vous désirez prendre un verre, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?**

- 0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
- 1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
- 2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
- 3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante
- 4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

**Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool génèrent lorsque vous ne buvez pas?**

- 0 Aucune
- 1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- 3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

**Q5 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)**

- 0 Mes pensées sont si minimes que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

**Q6 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?**

- 0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
- 1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
- 2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
- 3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
- 4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

**Q7 Combien de verres de boissons alcooliques buvez-vous par jour?**

- 0 Aucun
- 1 Moins d'un verre par jour
- 2 De 1 à 2 verres par jour
- 3 De 3 à 7 verres par jour
- 4 8 verres ou plus par jour

**Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de boissons alcooliques? (Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)**

- 0 Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je bois, je fais l'effort de toujours y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation d'alcool, mais je le fais avec un peu d'hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à la boisson

**Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer des boissons alcooliques?**

- 0 Je ne me sens pas poussé de tout
- 1 Je me sens faiblement poussé à boire
- 2 Je me sens fortement poussé à boire
- 3 Je me sens très fortement poussé à boire
- 4 Le désir de boire est entièrement involontaire et me dépasse

**Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation d'alcool?**

- 0 J'ai un contrôle total
- 1 Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle
- 2 Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté
- 3 Je dois boire et je ne peux attendre de boire qu'avec difficulté
- 4 Je suis rarement capable d'attendre de boire même momentanément

Figure 23 : Échelle OCDS.

<sup>55</sup> Société Scientifique en Médecine Générale. *Outils utiles en consultation*. [En ligne]. SSMG, 2018. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.ssmg.be/outils-utiles-en-consultation/>

## Annexe 20 : Échelle HAD <sup>56</sup>

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

### Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

<b>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</b> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	<b>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</b> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
<b>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	<b>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
<b>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</b> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	<b>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
<b>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</b> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	<b>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
<b>5. Je me fais du souci</b> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	<b>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</b> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
<b>6. Je suis de bonne humeur</b> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	<b>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</b> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
<b>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</b> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	
<b>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0	

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014  
© Haute Autorité de Santé – 2014

1

Figure 24 : Échelle HAD.

<sup>56</sup> HAS. *Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale*. [En ligne]. HAS, 2014. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf)

## Annexe 21 : Échelle ESUL <sup>57</sup>



Institut pour la pratique et l'innovation en psychologie appliquée (Institut PI-Psy)  
45 rue Waldeck-Rousseau, 91210 Draveil  
01 69 44 96 60

<https://pi-psy.org>

### ÉCHELLE DE SOLITUDE DE L'UNIVERSITÉ DE LAVAL (ESUL)

#### Instructions

Indiquez la fréquence avec laquelle chacun des énoncés décrit bien ce que vous ressentez. Encerclez un chiffre pour chaque énoncé.

#### Échelle de cotation :

1. Jamais
2. Rarement
3. Quelquefois
4. Souvent

1.	Je me sens sur la même longueur d'ondes que les gens autour de moi	1 2 3 4
2.	Je n'ai pas assez de compagnons (compagnes)	1 2 3 4
3.	Il n'y a personne à qui je peux avoir recours	1 2 3 4
4.	Je ne me sens pas seul	1 2 3 4
5.	Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis	1 2 3 4
6.	J'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent	1 2 3 4
7.	Je ne me sens plus près de quiconque	1 2 3 4
8.	Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent	1 2 3 4
9.	Je suis une personne sociable	1 2 3 4
10.	Il y a des gens dont je me sens près	1 2 3 4
11.	Je me sens exclu(e)	1 2 3 4
12.	Mes relations sociales sont superficielles	1 2 3 4
13.	Personne ne me connaît vraiment bien	1 2 3 4
14.	Je me sens isolé(e) des autres	1 2 3 4
15.	Je peux m'entourer de compagnons (compagnes) quand je veux	1 2 3 4
16.	Il y a des gens qui me comprennent vraiment	1 2 3 4
17.	Je me sens malheureux(se) d'être aussi retiré(e)	1 2 3 4
18.	Les gens sont autour de moi et non avec moi	1 2 3 4
19.	Il y a des gens à qui je peux parler	1 2 3 4
20.	Il y a des gens à qui je peux avoir recours	1 2 3 4

Pour 4,5,6,9,10,15,16,19,20, inverser la côte

.....

Figure 25 : Échelle ESUL.

<sup>57</sup> Institut pour la pratique et l'innovation en psychologie appliquée. *Echelle de Solitude de l'Université de Laval (ESUL)*. [En ligne]. Institut PI-Psy, 2021. [Consulté le 15 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://pi-psy.org/wp-content/uploads/2021/04/Echelle-de-Solitude-de-lUniversite-de-Laval-ESUL.pdf>

## Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)

Nom:	Né(e) le:	Date passation du test :
------	-----------	--------------------------

Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse sur chaque assertion :

- (1) désaccord complet ;
- (2) désaccord relatif,
- (3) ni accord ni désaccord,
- (4) accord relatif,
- (5) accord complet.

Vous pouvez remettre ce questionnaire rempli lors de votre prochaine consultation pour cotation et interprétation.

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments					
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3 J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments					
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire					
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère					
7 Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps					
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier					
10 Etre conscient de ses émotions est essentiel					
11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens					
12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens					
13 Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi					
14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère					
15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments					
16 Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques					
17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches					
18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence					
19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20 Rechercher le sens caché des films ou de pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent					
<b>SCORE TOTAL</b>					

Nous vous remercions d'avoir complété cette évaluation. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre votre traitement émotionnel et à orienter notre prise en charge.

Figure 26 : Échelle TAS-20.

<sup>58</sup> LAUBENHEIMER, Laurent. *Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)*. [En ligne]. Antidouleur, 2020. [Consulté le 30 avril 2023]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.antidouleur59.fr/douleursquestionnaires20.pdf>

Annexe 23 : La fiche d'observation du thérapeute.

FICHE D'OBSERVATION								
Séance n° : Date :			Lieu : Durée :					
Nom : Prénom :			Date de naissance : Âge :					
Pathologie :			Traitement :					
Indication : Objectif général : Objectif intermédiaire : Objectifs artistique de la séance : Objectif de l'AT pendant la séance :								
STRATEGIE SEANCE								
Prise en charge		<input type="checkbox"/> Individuelle		<input type="checkbox"/> Groupale				
Si groupe		Nbr de patients attendus :		Nbr de patients présents :				
Dominante artistique								
BR utilisée								
CPS mobilisées		Compétence(s) générale(s) :		Compétence(s) spécifique(s) :				
Pouvoirs de l'Art								
Art I / Art II		Art I		Art II				
Phénomène associé								
Méthode	Nature	Jeu		Exercice		Mise en situation		
	Fonction	Didactique	Révélateur		Occupationnel	Thérapeutique		
	Modalité	Directif	Dirigé	Semi-dirigé	Ouvert	Libre		
Descriptif de séance								
Bilan								
Projection								
PAS		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI :						
LA RELATION D'AIDE								
Thymie de l'AT								
Structure personnalité du patient*		Anxieux	Parano	Histrio	Bizarre	Border	Narciss	Pervers
*Cela doit faire l'objet d'une validation médicale puisque seul un médecin psychiatre est habilité au diagnostic. Cf Article L4161-1 du code de Santé Publique.								
MDD patient								
Rapport soignant-Patient en séance		MALADE >> soignant		MALADE = SOIGNANT		Malade << SOIGNANT		
Mode relationnel		Paternaliste	Scientifique	Adaptatif	Informatif			
Niveau d'alliance		Inexistante	Contractuelle	Relationnelle	De travail			
EVALUATION								
Échelles d'évaluation		Score avant PEC : OCDS : ESUL : HAD : TAS :			Score après PEC : OCDS : ESUL : HAD : TAS :			
Faisceaux d'items		Cf Grille évaluation des items						
Cube harmonique		BON : /5	BIEN : /5	BEAU : /5				
Craving		Avant séance :			Après séance :			
Anxiété		Avant séance :			Après séance :			
Thymie :		Avant séance :			Après séance :			

Tableau 23 : La fiche d'observation du thérapeute.

**Annexe 24** : Les items d'évaluation de l'étude au regard des CPS.

<b>COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES<sup>59</sup></b>		
<b>Compétences générales</b>	<b>Compétences spécialisées</b>	<b>Items Art-thérapie</b>
<b>Avoir conscience de ses émotions et de son stress</b>	<b>Comprendre les émotions et le stress</b>	<b>Alexithymie</b>
	<b>Identifier ses émotions et son stress</b>	<b>Alexithymie - Anxiété</b>
<b>Réguler l'expression de ses émotions</b>	<b>Exprimer ses émotions de façon positive</b>	<b>Plaisir – CNV</b>
	<b>Gérer l'expression de ses émotions</b>	<b>Alexithymie - Anxiété</b>
<b>Gérer son stress</b>	<b>Réguler son stress au quotidien</b>	<b>Anxiété – Plaisir</b>
	<b>Coping : faire face en situation d'adversité</b>	<b>Fonctions exécutives</b>
<b>COMPÉTENCES COGNITIVES<sup>59</sup></b>		
<b>Compétences générales</b>	<b>Compétences spécifiques</b>	<b>Items Art-thérapie</b>
<b>Avoir conscience de soi</b>	<b>Connaissance de soi</b>	<b>Alexithymie Fonctions exécutives</b>
	<b>Pensée critique</b>	<b>Fonctions exécutives</b>
	<b>Auto-évaluation positive</b>	<b>Plaisir Fonctions exécutives</b>
	<b>Attention à soi</b>	<b>Alexithymie Fonctions exécutives</b>
<b>Maîtrise de soi</b>	<b>Gestion de ses impulsions</b>	<b>Fonctions exécutives</b>
	<b>Atteindre ses buts (planification)</b>	<b>Fonctions exécutives</b>
<b>Prendre des décisions constructives</b>	<b>Faire des choix responsables</b>	<b>Fonctions exécutives</b>
	<b>Résoudre des problèmes de façon créative</b>	<b>Fonctions exécutives</b>
<b>COMPÉTENCES SOCIALES<sup>59</sup></b>		
<b>Compétences générales</b>	<b>Compétences spécifiques</b>	<b>Items Art-thérapie</b>
<b>Communiquer de façon constructive</b>	<b>Capacité d'écoute empathique</b>	<b>CNV</b>
	<b>Communication efficace</b>	<b>CNV</b>
<b>Développer des relations sécurisées</b>	<b>Développer des liens sociaux</b>	<b>Habilités sociales</b>
	<b>Comportements prosociaux</b>	<b>Habilités sociales</b>
<b>Résoudre des conflits</b>	<b>Savoir demander de l'aide</b>	<b>Habilités sociales CNV</b>
	<b>Capacité d'assertivité</b>	<b>CNV</b>
	<b>Résolution de conflit</b>	<b>CNV</b>

Tableau 24 : Items d'évaluation de l'étude construits au regard des CPS recommandées par l'OMS.

<sup>59</sup> Santé Publique France. *Compétences Psychosociales (CPS)*. [En ligne]. Santé Publique France, 2022. [Consulté le 9 septembre 2024]. Disponible sur le World Wide Web <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

Annexe 25 : Les items d'évaluation de l'étude détaillés.

Plaisir ressenti	<b>Expression verbale de gratifications sensorielles</b>	<b>Sourire</b>	<b>Rapport au BON</b>	<b>Implication corporelle</b>
	5. Beaucoup 4. Souvent 3. Modérément 2. Peu 1. Pas du tout	5. Beaucoup 4. Souvent 3. Modérément 2. Peu 1. Pas du tout	5. A du mal à arrêter l'activité 4. Réalise l'activité de façon autonome 3. Réalise l'activité jusqu'au bout sur sollicitation 2. Réalise l'activité en partie puis refuse de continuer 1. Ne souhaite pas réaliser l'activité	5. Totalement adaptée avec ou sans initiative 4. Constante et autonome 3. Constante avec sollicitation de l'AT 2. Adaptée mais pas constante 1. Inadaptée
Anxiété	<b>Agressivité verbale</b>	<b>Nervosité physique</b>	<b>Expressions verbales d'anxiété</b>	<b>Immobilité ou agitation</b>
	5. Beaucoup 4. Souvent 3. Modérément 2. Peu 1. Pas du tout	1. Détendu 2. Peu de manifestations physiques de nervosité 3. Légèrement nerveux, tendu et crispé 4. Régulièrement nerveux, tendu, crispé 5. Très nerveux, tendu et crispé	1. Aucune verbalisation d'anxiété 2. Verbalise rarement ses inquiétudes 3. Les verbalise de temps en temps 4. Verbalise souvent ses inquiétudes 5. Ne parle uniquement que de ses inquiétudes	1. Aucun geste parasite, ni agitation observable / <b>posture corporelle et gestes affirmés</b> 2. Quelques gestes parasites maîtrisés / <b>Mouvements corporels et gestes réguliers</b> 3. Gestes parasites et agitation modérés / <b>Mouvements corporels légers</b> 4. Agitation et gestes parasites réguliers / <b>Peu de mouvements corporels (uniquement durant la pratique)</b> 5. Beaucoup de gestes parasites, forte agitation <b>immobilité</b>
Alexithymie	<b>Imagination</b>	<b>Fréquence de verbalisation des ressentis</b>	<b>Identification des émotions</b>	<b>Discours affectif (intérieur) ou descriptif (extérieur)</b>
	1. Invente librement 2. S'inspire d'un modèle et se l'approprie 3. Réussi à s'éloigner du modèle 4. Travail depuis un modèle choisi 5. Travail depuis un modèle suggéré	1. Verbalise ses ressentis fréquemment 2. Exprime parfois ses ressentis en autonomie 3. Exprime ses ressentis sur sollicitation 4. Grandes difficultés à exprimer ses ressentis 5. N'arrive pas à exprimer ce qu'elle/il ressent	1. Sait identifier chaque émotion de manière autonome 2. Réussi à identifier chaque émotion avec sollicitation 3. Tente d'identifier certaines émotions et réussi souvent 4. Tente d'identifier certaines émotions mais réussi rarement 5. Refuse de parler ou de s'intéresser aux émotions	1. Discours affectif employé de façon autonome et adapté 2. Discours affectif parfois de façon autonome 3. Discours affectif présent uniquement sur sollicitation 4. Descriptif dominant 5. Descriptif uniquement
Inhibition	<b>Rapport principe plaisir / réalité</b>	<b>Rapport aux distractions</b>	<b>Rapport à l'impulsivité</b>	<b>Logorrhée</b>
	5. Principe de réalité adapté 4. Principe de réalité régulier en autonomie 3. Principe de réalité recherché sur sollicitation 2. Principe de réalité faible 1. Principe de plaisir dominant	5. Ne laisse aucun phénomène associé le distraire de son but 4. Se laisse rarement distraire et/ou se reconcentre en autonomie 3. Peut se laisser distraire et se reconcentre sur sollicitation 2. Se laisse distraire facilement, retour à la concentration difficile 1. Se laisse distraire par chaque phénomène associé	5. Temps de réflexion et passage à l'acte adapté 4. Temps de réflexion en autonomie, passage à l'acte pas toujours adapté 3. Temps de réflexion possible sur sollicitation mais passage à l'acte pas toujours adapté 2. Peu de temps de réflexion passage à l'action dominant 1. Agit sans réfléchir avant	5. Paroles réfléchies et adaptées au contexte 4. Paroles réfléchies et réadaptées en autonomie 3. Paroles réfléchies et réadaptées au contexte avec l'aide de l'AT 2. Paroles spontanées souvent inadaptées 1. Prise de parole régulière avec paroles spontanées souvent inadaptées.
Planification	<b>Séquençage de l'action</b>	<b>Pertinence de la stratégie</b>	<b>Gestion du temps</b>	<b>Persévérance (idéal esthétique)</b>
	5. Divise les tâches en plusieurs étapes concrètes et adaptées 4. Construit les étapes en autonomie mais pas toujours adaptées 3. Construit des étapes avec l'AT 2. Suit les étapes proposées par l'AT 1. N'arrive pas à suivre les étapes indiquées par l'AT	5. La stratégie est adaptée au but en autonomie 4. La stratégie est majoritairement adaptée en autonomie 3. La stratégie est partiellement adaptée, a un peu besoin de l'AT 2. La stratégie est inadaptée, a beaucoup besoin de l'AT 1. Stratégie inexistante	5. Anticipe et accorde son temps de création au temps imposé de l'atelier (avec finitions) 4. Revoit sa stratégie durant la séance pour terminer dans les temps 3. Réaction tardive, ne tient pas compte des finitions pour terminer à temps 2. Réactions tardives, ne tient pas compte des finitions pour finir avec du retard 1. N'a pas réussi à gérer son temps (finit beaucoup plus tôt ou n'arrive pas à terminer)	5. A persévéré et accède à son idéal esthétique 4. A le souci de l'atteindre et de progresser 3. Modéré mais a le souci de l'atteindre 2. Faibles efforts pour atteindre son idéal 1. Pas d'effort pour atteindre son idéal

Flexibilité mentale (Adaptabilité)	<b>Réajustements psychocorporels</b>	<b>Tolérance aux changements</b>	<b>Développer différents points de vue</b>	<b>Apprend de ses erreurs</b>	
	5. S'adapte automatiquement 4. Essaie/tente après une réflexion adaptée 3. Imagine une solution mais difficultés à la mettre en œuvre 2. Difficultés à imaginer une solution 1. Reste passif, bloqué par les difficultés	5. Aime le changement et le trouve moteur 4. Tolère plutôt bien les changements 3. Tolère le changement de façon modérée (considère les bons côtés sur sollicitation) 2. Tolère peu le changement 1. Tolérance zéro aux changements	5. Peut faire évoluer sa réflexion au regard des points de vue divergents si nécessaire 4. Pose des questions pour comprendre les points de vue divergents 3. Écoute les points de vue divergents mais reste dans l'opposition 2. Écoute des points de vue avec sollicitation sans essayer de les comprendre 1. Ne veut pas écouter de points de vue différents (réaction forte de rejet exprimée)	5. Ne répète jamais la même erreur 4. Répète peu les mêmes erreurs ou se corrige en autonomie 3. Répète régulièrement les mêmes erreurs et se corrige avec aide AT 2. Répète souvent les mêmes erreurs, difficulté à se corriger 1. Répète tout le temps les mêmes erreurs	
Affirmation de soi	<b>Rapport à la Production</b>	<b>Prise d'initiatives</b>		<b>Posture corporelle</b>	<b>Expression verbale</b>
	5. Montre / offre sa production 4. Conserve sa production et la signe 3. Regarde sa production mais ne la conserve pas 2. Dénigre sa production 1. La jette/déchire	5. Prend spontanément des décisions 4. Prend des décisions majoritairement seul 3. Prend des décisions régulièrement seul mais demande l'avis des gens autour avant 2. A souvent besoin des avis extérieurs pour prendre une décision 1. Ne prend aucune décision seul		5. Prend la place qui lui est nécessaire, est détendu 4. Prend la place nécessaire avec méfiance 3. Prend la place nécessaire sur sollicitation 2. Peu de mouvements corporels 1. Immobilité	5. Expression verbale adaptée 4. Parle régulièrement seul 3. Parle si sollicitation de l'AT 2. Parle peu 1. Ne parle pas
Habiletés sociales	<b>Savoir demander de l'aide</b>		<b>Entraide et coopération</b>	<b>Rapport à l'altérité</b>	<b>Intégration au nouveau groupe</b>
	5. Demande de l'aide régulièrement et de façon adaptée 4. Demande de l'aide régulièrement mais pas toujours de façon adaptée 3. Demande parfois de l'aide mais ne tient pas toujours compte des retours 2. Accepte l'aide uniquement si on lui propose 1. Ne demande jamais d'aide et se vexe si on lui propose		5. Adaptée 4. Très régulière 3. Régulière 2. Faible 1. Inexistante	5. Attitude fédératrice pour essayer de souder le groupe 4. Acceptation des autres et de leurs différences 3. Accepte les autres mais est parfois dans le jugement 2. Fait partie du groupe mais attitude de jugement régulière 1. Refuse de faire partie du groupe (reste en retrait ou prend toute la place)	5. Facilite l'intégration 4. S'intègre facilement 3. Cherche à s'intégrer 2. Évite (s'isole) ou domine (sélectionne) 1. Faible voire inexistante
Communication non violente (CNV)* / Assertivité	<b>Écoute active</b>	<b>Emploi du « je » pour exprimer ses sentiments</b>	<b>L'empathie</b>		<b>Capacité à régler un conflit (compromis)</b>
	5. Attitude ouverte, écoute attentive, bienveillance et reformulation 4. Attitude ouverte et écoute attentive, bienveillance mais souvent dans l'interprétation 3. Écoute attentive de courte durée et/ou sur sollicitation 2. Écoute de courte durée et dans une attitude de jugement 1. Pas attentif aux autres, attitude fermée, coupe la parole	5. Verbalisation uniquement avec le « je » qui n'implique que celui qui le prononce 4. Emploi peu le « tu » et essaie de se corriger de manière autonome 3. Emploi le « je » sur sollicitation de l'Art-thérapeute 2. Verbalisation régulièrement injonctive par l'emploi du « tu » accusateur 1. Verbalisation uniquement dans le reproche.	5. Fait preuve d'empathie et adapte son comportement 4. A du mal à comprendre les émotions de ses camarades mais essaie de s'intéresser à eux 3. Écoute les autres mais ne les comprend pas 2. Il s'impose aux autres (humeurs, décisions, idées...) 1. Ne tient pas compte des autres		5. Est dans la recherche d'un compromis qui essaie de satisfaire chacun de manière équitable 4. Recherche d'un compromis mais ne trouve pas de solutions équitables 3. Recherche d'un compromis qui soit plus satisfaisant pour lui 2. Accepte la discussion pour un compromis après sollicitation 1. Refuse le compromis et préfère satisfaire ses désirs

Tableau 25 : Les items d'évaluation de l'étude menée.



## QUESTIONNAIRE ART-THERAPIE

### FIN DE PRISE EN CHARGE (SOIGNANTS)

Dans le cadre d'un stage de recherche, Mme Julie Jeannin a proposé un accompagnement art-thérapeutique au sein du Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Coulommiers sur le site Abel Leblanc du Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF). Ce projet de recherche étudie l'impact de l'Art-thérapie moderne auprès d'un public ayant un trouble de l'usage d'alcool (TUA).

Ce questionnaire est proposé à l'ensemble des professionnels de santé qui composent l'équipe pluridisciplinaire. En vous donnant la parole, il vise à élargir le cadre de l'évaluation et ainsi permettre une compréhension plus globale de l'impact de la discipline sur les patients et le service.

#### Bénéfice global

1. Avez-vous constaté une amélioration globale de l'état de santé physique, psychologique et/ou social du patient à la suite de la prise en charge art-thérapeutique ?  
Oui pour tous / oui pour la majorité / oui pour certains / assez peu / pas du tout  
Patients concernés : \_\_\_\_\_
2. Les patients vous ont-ils fait des retours sur leur parcours art-thérapeutique ?  
Oui spontanément / oui sur sollicitation / non pas de retour  
Si oui, de quelle nature ? \_\_\_\_\_
3. La mise en place des ateliers d'Art-thérapie au sein du CSAPA a-t-elle eu un impact sur votre travail personnel ou collectif (organisation de l'équipe) ?  
Non  
Oui, négatif (précisez) \_\_\_\_\_  
Oui, positif (précisez) \_\_\_\_\_
4. Évaluation de l'impact global de la discipline sur le service et son fonctionnement  
Impact négatif    1---2---3---4---5    Impact bénéfique

#### Craving

5. Avez-vous remarqué une diminution du craving ou de la rechute chez les patients participant aux ateliers d'Art-thérapie ?  
Oui pour tous / oui pour la majorité / oui pour certains / assez peu / pas du tout  
Patients concernés : \_\_\_\_\_
6. Évaluation de l'impact globale de la discipline sur la rechute des patients  
Impact négatif    1---2---3---4---5    Impact bénéfique

#### Alexithymie

7. Avez-vous remarqué une évolution du rapport aux émotions des patients participants aux ateliers d'Art-thérapie ?  
Oui pour tous / oui pour la majorité / oui pour certains / assez peu / pas du tout  
Patients concernés : \_\_\_\_\_

Figure 27 : Questionnaire de fin d'étude à destination des soignants.

Annexe 26 : Questionnaire de fin d'étude à destination des soignants. (Suite)



8. Évaluation de l'impact globale de la discipline sur l'alexithymie  
Impact négatif    1---2---3---4---5    Impact bénéfique

**Fonctions exécutives**

9. Avez-vous remarqué une amélioration des fonctions exécutives (planification, inhibition, mémoire de travail, adaptabilité, persévérance ...) chez les patients participant aux ateliers d'Art-thérapie ?  
Oui pour tous / oui pour la majorité / oui pour certains / assez peu / pas du tout  
Patients concernés : \_\_\_\_\_

**Atelier et remarques**

10. Quelles améliorations pourrions-nous apporter à la mise en place de ces ateliers ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Avez-vous des remarques à ajouter concernant l'art-thérapie ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom et prénom du soignant :**

**Date :**

**Signature :**

Figure 28 : Questionnaire de fin d'étude à destination des soignants (suite).

Annexe 27 : Questionnaire d'auto-évaluation avant et après séance.

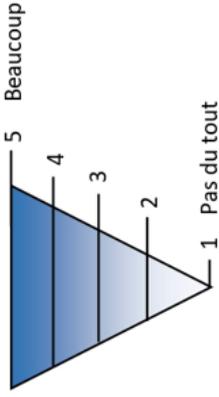
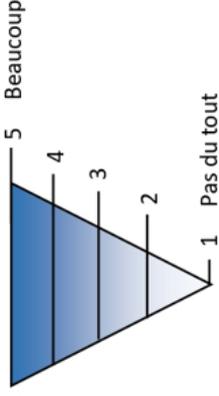
Fiche d'auto-évaluation en séance	
<p><b>Nom :</b></p> <p><b>Prénom :</b></p>	<p><b>Séance n° :</b></p> <p><b>Date :</b></p>
Préséance d'Art-thérapie	Post séance d'Art-thérapie
<p><b>HUMEUR :</b></p> <p>Avant la séance d'Art-thérapie je me sens :</p> <p>Triste 1-----2-----3-----4-----5 Joyeux</p> <p>Tendu(e) 1-----2-----3-----4-----5 Détendu(e)</p> <p>Fatigué(e) 1-----2-----3-----4-----5 Energique</p> <p>Agité(e) 1-----2-----3-----4-----5 Calme</p>	<p><b>HUMEUR :</b></p> <p>Après la séance d'Art-thérapie je me sens :</p> <p>Triste 1-----2-----3-----4-----5 Joyeux</p> <p>Tendu(e) 1-----2-----3-----4-----5 Détendu(e)</p> <p>Fatigué(e) 1-----2-----3-----4-----5 Energique</p> <p>Agité(e) 1-----2-----3-----4-----5 Calme</p>
<p><b>ANXIETE :</b></p> <p>Pas du tout Anxieux(se) 1-----2-----3-----4-----5 Très Anxieux(se)</p>	<p><b>ANXIETE :</b></p> <p>Pas du tout Anxieux(se) 1-----2-----3-----4-----5 Très Anxieux(se)</p>
<p><b>CRAVING :</b></p> <p>J'ai envie de consommer de l'alcool :</p> 	<p><b>CRAVING :</b></p> <p>J'ai envie de consommer de l'alcool :</p> 
<p><b>MA PRODUCTION :</b></p> <p><b>BON :</b> Désagréable à faire 1-----2-----3-----4-----5 Très agréable à faire</p> <p><b>BIEN :</b> Est mal faite 1-----2-----3-----4-----5 Est très bien faite</p> <p><b>BEAU :</b> Ne me plaît pas 1-----2-----3-----4-----5 Me plaît beaucoup</p>	<p><b>MA PRODUCTION :</b></p> <p><b>BON :</b> Désagréable à faire 1-----2-----3-----4-----5 Très agréable à faire</p> <p><b>BIEN :</b> Est mal faite 1-----2-----3-----4-----5 Est très bien faite</p> <p><b>BEAU :</b> Ne me plaît pas 1-----2-----3-----4-----5 Me plaît beaucoup</p>

Figure 29 : Questionnaire d'auto-évaluation avant et après séance.



## QUESTIONNAIRE ART-THERAPIE

### FIN DE PRISE EN CHARGE (PATIENTS)

Dans le cadre d'un stage de recherche, Mme Julie Jeannin a proposé un accompagnement art-thérapeutique au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Coulommiers sur le site Abel Leblanc du Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF). Ce projet de recherche étudie l'impact de l'Art-thérapie moderne auprès d'un public ayant un trouble de l'usage d'alcool (TUA).

Ce questionnaire est proposé à l'ensemble des patients qui ont pris part à ce projet de recherche. En vous donnant la parole, il vise à élargir le cadre de l'évaluation et ainsi permettre une compréhension plus globale de l'impact de l'Art-thérapie dans votre quotidien, en dehors des séances.

#### Bénéfice global (*Barrez les mentions inutiles*)

1. Avez-vous observé une amélioration globale de votre état de santé physique, psychologique et/ou social entre l'avant et l'après séance ?  
Sur tous les plans / beaucoup / modérément / un peu / pas du tout  
Précisions : \_\_\_\_\_
2. Est-ce que l'Art-thérapie vous a permis d'apprendre de nouvelles connaissances ?  
Tout à fait / plusieurs / certaines / peu / pas du tout  
Lesquelles : \_\_\_\_\_
3. Avez-vous décidé de continuer une pratique artistique de manière autonome à la suite de la prise en charge ?  
OUI, précisez \_\_\_\_\_  
NON
4. Évaluation de l'impact global de l'Art-thérapie sur votre quotidien  
Impact négatif    1---2---3---4---5    Impact bénéfique

#### Craving

La pratique artistique vous a-t-elle permis de diminuer l'intensité du craving ?  
Oui à chaque fois / Oui souvent / Oui de temps en temps / Non

La pratique d'une activité artistique lors d'un craving vous permet :  
D'éviter de consommer / De diminuer le temps que dure le craving /  
De diminuer ma consommation quand je craque / cela ne change rien.

Avez-vous remarqué une amélioration de la fréquence ou de l'intensité du craving dans votre quotidien depuis le début de la prise en charge ?

- Oui, une amélioration de l'intensité
- Oui, une amélioration de la fréquence
- Oui une amélioration des deux
- Non je n'ai pas l'impression
- Oui, une dégradation de l'intensité
- Oui, une dégradation de la fréquence
- Oui, une dégradation des deux

Figure 30 : Questionnaire de fin de PEC pour les patients.

Annexe 28 : Questionnaire de fin de PEC pour les patients (Suite).



**Alexithymie**

7. Les ateliers d'Art-thérapie vous ont – ils permis de mieux identifier vos émotions ?  
OUI, précisez \_\_\_\_\_  
NON
8. Depuis la fin de la prise en charge, parlez-vous plus régulièrement de vos émotions à votre entourage ?  
OUI / NON

**Fonctions exécutives**

9. L'Art-thérapie vous a-t-elle permis de développer vos fonctions exécutives ?  
NON  
Si OUI, précisez lesquelles dans la liste (*Barrez les mentions inutiles*) :
- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| - Meilleure planification      | - Moins d'agressivité  |
| - Meilleure mémoire de travail | - Moins de culpabilité |
| - Meilleure persévérance       | - Moins d'impulsivité  |
| - Meilleure adaptabilité       | - Moins de frustration |

**Appartenance**

10. Avez-vous l'impression d'arriver à mieux communiquer avec les autres depuis la fin de la prise en charge ?  
OUI, précisez \_\_\_\_\_  
NON
11. Vous sentez-vous moins seul depuis votre participation aux ateliers ?  
OUI / NON

**Estime de soi**

12. Réussissez-vous à vous affirmer plus clairement tout en faisant attention de respecter les autres (assertivité) ? OUI / NON
13. Avez-vous une attitude plus positive vis-à-vis de vous-même ? OUI / NON
14. Avez-vous plus confiance en vous et en vos capacités ? OUI / NON

**Atelier et remarques**

15. Quelles améliorations pourrions-nous apporter à ces ateliers ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Avez-vous des remarques concernant votre expérience art-thérapeutique ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom et prénom du patient :** \_\_\_\_\_  
**Date et signature :** \_\_\_\_\_

Figure 31 : Questionnaire de fin de PEC pour les patients (suite).

Annexe 29 : Présentation des outils d'évaluation au regard des hypothèses et de leur temporalité

Outils d'évaluation au regard des hypothèses posées		
<b>Hypothèse générale</b> : La peinture, le collage, l'écriture et l'origami favorisent le développement des CPS des patients souffrant de TUA pour leur permettre de diminuer l'intensité de craving hebdomadaire et d'améliorer leur estime de soi.		<b>OCDS</b> (Craving hebdomadaire) <b>Items CPS</b> <b>Questionnaire Anxiété /Craving</b>
<b>SH1</b> : Le pouvoir d'entraînement de la peinture et du collage favorise l'émergence des gratifications sensorielles et l'amélioration de la considération de soi afin de diminuer l'anxiété, l'alexithymie et de satisfaire le besoin de sécurité.		<b>HAD</b> (Anxiété) <b>TAS-20</b> (Alexithymie) <b>Items CPS</b> émotionnelles <b>Cube harmonique</b> (BON / Considération de soi) <b>Questionnaire Anxiété /Craving</b>
<b>SH2</b> : Le pouvoir éducatif de l'écriture et de l'origami permet de développer les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la persévérance et la planification dans le but de diminuer les comportements impulsifs, d'améliorer la confiance en soi.		<b>Items CPS</b> cognitives <b>Cube harmonique</b> (Confiance en soi / BIEN) <b>Questionnaire Anxiété /Craving</b>
<b>HS</b> : La production d'une œuvre personnelle dans le temps de groupe ou bien la production d'une œuvre collective, favorise la communication, la relation et les capacités d'assertivité pour apprendre à s'affirmer au sein de relations sécurisées, sortir de la solitude et ainsi satisfaire le besoin d'appartenance.		<b>ESUL</b> (Solitude) <b>Items CPS</b> sociales <b>Cube harmonique</b> (Affirmation de soi / BEAU)
Temporalité à l'échelle de la PEC	Temporalité à l'échelle d'une séance	Outils de hétéroévaluation et d'auto-évaluation
Avant la PEC		Échelles d'évaluation scientifiques correspondant aux hypothèses OCDS (HG) / HAD et TAS-20 (SH1) / ESUL (SH)
	Avant la séance	Questionnaire auto-évaluation anxiété et craving + Fiche et items d'observation de l'AT
	Pendant la séance	Fiche et items d'observation de l'AT
	Après la séance	Questionnaire auto-évaluation anxiété et craving Cube harmonique + Fiche et items d'observation de l'AT
Après la PEC		Échelles d'évaluation scientifiques correspondant aux hypothèses OCDS (HG) / HAD et TAS-20 (SH1) / ESUL (SH) Questionnaire de fin de prise en charge des patients Questionnaire de fin d'étude pour les soignants

Tableau 26 : Présentation des outils d'évaluation au regard des hypothèses et de leur temporalité.

Annexe 30 : Descriptif clinique détaillé pour chaque patient de l'étude.

	Sylvie – 51 ans	Corinne – 62 ans
<b>Anamnèse</b>	<p><u>Familiale</u> : Emploi stable en CDI mais souvent absente – problèmes relationnels. 1 fils né en 2006 d'un conjoint violent, relations compliquées - depuis 3 ans vit chez son père. Vit actuellement avec un compagnon policier depuis 2015.</p> <p><u>Médicale</u> : 2016 → diagnostiquée bipolaire par psychiatre SNCF, traitement non stabilisé. Suivi une fois par mois pour dépression également. Depuis 2012 → <b>5 tentatives de suicide (TS)*</b>. 2024 : IRM qui explique des déséquilibres ressentis par un probable AVC ischémique.</p> <p><u>Addictologique</u> : Suivie au CSAPA depuis décembre 2013. Pas de suivi entre 2017 et 2020. Actuellement consomme tous les jours, une journée off par semaine sans tremblement – En arrêt maladie depuis octobre 2023.</p>	<p><u>Familiale</u> : Mariée, vit avec son conjoint depuis 14 ans. Retraitée de la RATP depuis 8 ans. Petit frère TUA suivi au CSAPA. Actuellement, emmené tous les jours aux urgences pour alcoolisation massive.</p> <p><u>Médicale</u> : /</p> <p><u>Addictologique</u> : Suivie au CSAPA depuis mai 2021. Effets recherchés de l'alcool : oublier, dormir car beaucoup de cauchemars. Plusieurs tentatives de sevrage alcool + tabac mais rechutes régulières surtout dans les moments conviviaux. Augmentation de la consommation à cause de l'état de son frère. Actuellement : 2 verres tous les soirs, pas d'objectif de RDRD ou abstinence avant la fin des vacances d'été.</p>
<b>Intention</b>	« Je souhaite diminuer mon craving ».	« Je souhaite prendre du temps pour moi »
<b>État de base</b>	Motricité impactée par les tremblements (AVC). Difficultés à rester concentrée durant la séance. Thymie instable. Le rapport à l'autre semble l'insécuriser et créer de l'agressivité. Facultés sensorielles préservées. Difficulté d'engagement.	Facultés cognitives, motrices et sensorielles préservées. Alexithymie importante. Fuit les situations de conflits. Belles habiletés sociales mais parfois s'oublie pour les autres. Communication émotions difficile.
<b>Pénalité</b>	<b>Maladie</b> : Bipolarité	<b>Maladie</b> : TUA
<b>Souffrances</b>	Manque de maîtrise de son corps et de ses émotions à l'origine d'une agressivité. Perte de la saveur existentielle et de l'estime de soi.	Estime de soi très faible. Alexithymie très élevée, n'arrive pas à se considérer. N'existe qu'au travers de l'autre.
<b>SA</b>	3M-4M-5M/C-8	3M-4M-5M/C-8
<b>CT</b>	3C/M-4CM-5M/C-6-8	3C/M-4C/M-5M/C-6-8
<b>Besoins</b>	Maîtrise, Estime, Appartenance	Maîtrise, Estime, Appartenance
<b>Objectif général</b>	<p><b>OG – Diminution du craving pour satisfaire le besoin de maîtrise et renforcer l'estime de soi</b></p> <p>OI1 – Qu'elle éprouve des gratifications sensorielles pour diminuer la forte anxiété</p> <p>OI2 – Qu'elle fasse preuve de persévérance pour atteindre son idéal esthétique (renforcer la fierté).</p>	<p><b>OG – Qu'elle s'affirme et s'engage dans une pratique artistique pour elle.</b></p> <p>OI1 – Gratifications sensorielles pour diminuer l'anxiété et l'alexithymie</p> <p>OI2 – Qu'elle s'affirme artistiquement dans le groupe pour trouver sa place sans s'effacer.</p>
<b>Stratégie</b>	BR1 : 3C/M-4M BR2 : 3C/M-4M-5M/C-6-7-4M	BR1 : 3C/M-4M-5M/C BR2 : 6-7-8-4M
<b>Dominantes</b>	Peinture / Écriture / Collage	Peinture / Écriture / Collage / Origami
<b>Descriptif des séances</b>	<p><b>5 séances : 3 en groupe et 2 en individuel.</b></p> <p>Sylvie a réalisé les deux premières séances en groupe. Elle semblait assez peu à l'aise prenait beaucoup de place et était parfois un peu agressive. Elle avait du mal à se concentrer et ne montrait pas beaucoup d'application dans ses productions (allait assez vite sans se préoccuper du rendu, de l'esthétique). Absente pendant 2 semaines (causes : tremblements, thymie et le groupe). Elle est revenue pour une séance individuelle en peinture. Lors du passage en groupe ensuite, elle a pu s'affirmer grâce à ses connaissances artistiques et la séance s'est beaucoup mieux déroulée qu'en début de PEC.</p>	<p><b>4 séances : 3 en groupe et 1 en individuel.</b></p> <p>La première séance en individuel lui a fait beaucoup de bien. Elle était heureuse de faire enfin quelque chose pour elle. La seconde séance en groupe, elle a retrouvé son état habituel : aider l'autre et s'effacer complètement. Arrêt du suivi pendant 4 semaines puisqu'elle est partie en vacances à ce moment-là. Elle était assez déçue mais n'a pas pu faire autrement. La troisième séance a été compliquée à cause de l'origami. Elle a trouvé cela très difficile et frustrant. Amélioration lors de la dernière en groupe : a su s'affirmer au sein du groupe.</p>
<b>Bilan et projection</b>	La bipolarité impacte fortement son engagement dans la PEC. La modalité de groupe a aussi été un frein à son maintien dans le suivi. Elle verbalise les bénéfices de l'ATM. Une PEC individuelle sera nécessaire pour le passage en groupe.	La pause d'un mois empêche une véritable amélioration sur le long terme. Toutefois, les bénéfices de l'ATM sont visibles (début-fin de séance) et elle le verbalise. Si poursuite, PEC en individuel uniquement.

Tableau 27 : Descriptif clinique détaillé pour chaque patient de l'étude.

Annexe 30 : Descriptif clinique détaillé pour chaque patient de l'étude (suite).

	Pierre – 70 ans	Gilles – 44 ans
<b>Anamnèse</b>	<p><u>Familiale</u> : Retraité de la police nationale, a travaillé 28 ans dans une brigade de nuit. Marié deux fois. 3<sup>ème</sup> compagne actuellement, il a maintenant 3 enfants qui ne sont plus à charge. Relation difficile avec sa femme qui lui laisse peu de liberté. Mauvaise communication, fait les choses en cachette. Sa fille ne parle plus à sa compagne actuelle, il est le seul à la voir.</p> <p><u>Médicale</u> : Hypertension artérielle, Cholestérol et cardiopathie sous traitement.</p> <p><u>Addictologique</u> : Début du suivi CSAPA 09/11. 06/20 : TS par phlébotomie suite à forte alcoolisation. Depuis 2020, consommation alcool régulée sans aide médicamenteuse.</p>	<p><u>Familiale</u> : Inapte au travail de maçon depuis mars 2023 dû à un emphysème. Séparation récente avec sa conjointe suite à alcoolisation. Il a dû quitter le domicile sur décision du JAF avec interdiction d'approcher ses 3 filles à - 500m du domicile. Vit chez sa sœur actuellement. Dément les accusations de violences verbales, veut revoir ses filles et récupérer sa maison qu'il a lui-même construite.</p> <p><u>Médicale</u> : Antécédents médicaux : Accident voie publique mobylette avec fracture ouverte fémur droit à 16 ans.</p> <p><u>Addictologique</u> : Suivi au CSAPA depuis 12/23. A arrêté de boire depuis la séparation (4 mois). Cigarette électronique seulement.</p>
<b>Intention</b>	N'en a pas exprimé	« <i>Je veux me prendre en main, aller mieux.</i> »
<b>État de base</b>	Capacités sensorielles et motrices ok. Quelques tremblements et difficultés cognitives (mémoire de travail, concentration...). Une anxiété due au groupe qui peut créer une difficulté de compréhension, de l'agressivité et des tics.	Nouvelles lunettes à double foyer. Capacités motrices et d'expression préservées. Grandes difficultés à l'écrit. Bonne thymie malgré les événements actuels. Légère alexithymie et bonnes capacités relationnelles en S1.
<b>Pénalité</b>	<b>Maladie</b> : Alexithymie	<b>Blessure de vie</b> : Divorce, perte emploi
<b>Souffrances</b>	Ce qu'il tait de lui (manque d'authenticité) semble créer une distance avec son entourage et un sentiment de solitude et d'être incompris.	Sentiment de solitude et dévalorisation sociale après la perte successive de plusieurs statuts sociaux (père, employé, conjoint).
<b>SA</b>	3M-4M-6-8	3M-4C/M-6-8
<b>CT</b>	3CM-4C/M-5'-5M/C-6-8	3CM-4C/M-5'-5M/C-6-8
<b>Besoins</b>	Estime / Maîtrise / Appartenance	Sécurité, Estime/Maitrise, Appartenance
<b>Objectif général</b>	<b>OG – Produire une œuvre dont il sera fier pour réussir à s'affirmer dans le groupe.</b> OI1 – Ressentir des gratifications sensorielles lors de la pratique pour faire diminuer l'anxiété OI2 – Réinvestir le savoir-faire artistique développé pour permettre la valorisation sociale	<b>OG – Permettre une valorisation sociale au sein du groupe.</b> OI1 – Gratifications sensorielles pour augmenter le plaisir et diminuer l'anxiété et l'alexithymie OI2 - Gratifications intellectuelles à réaliser une production et permettre la valorisation sociale.
<b>Stratégie</b>	BR1 : 3C/M-4M BR2 : 6-4M-8-4M	BR1 : 3C/M-4M BR2 : 6-4M-7-8
<b>Dominante(s)</b>	Peinture / Écriture / Collage / Origami	Peinture / Écriture / Collage / Origami
<b>Descriptif des séances</b>	<b>7 séances : 4 en groupe et 3 en individuel.</b> Le patient n'a jamais été absent. La première séance en groupe a été difficile et a révélé certaines difficultés qu'il a essayé de cacher. Durant les 3 séances individuelles qui ont suivi, le patient a développé un savoir-faire artistique qui l'a rendu très fier (statut d'artiste verbalisé). Ces séances ont permis de faire diminuer l'anxiété due à la relation et surtout de verbaliser ses souffrances, ce qu'il n'osait pas faire avant. Le retour en groupe a été beaucoup moins anxiogène pour le patient. Ses productions lui ont permis de se sentir légitime et d'améliorer la mise en relation (moins de sur-affirmation, de meilleures habiletés sociales observées).	<b>4 séances : 3 en groupe et 1 en individuel.</b> Absent 3 séances à cause de rendez-vous plus importants (avocat, pneumologue...). Le patient a toujours prévenu de son absence. Lors des deux premières séances il verbalise le besoin de se sentir appartenir à un groupe et fait preuve de beaucoup d'engagement. Une bascule s'opère après la S2 à cause d'une rechute alcool. Il dit être dépassé et ne plus avoir l'énergie de faire face aux démarches, la lenteur administratives, le manque de ses filles et l'humiliation des accusations. Malgré cette baisse de la thymie, il continu à s'investir dans les ateliers. Lors de la dernière (S4), le patient est plus enjoué et impliqué.
<b>Bilan et projection</b>	Si le patient était réfractaire à l'Art au début, le Suminagashi a créé la surprise et permis une valorisation sociale et un meilleur rapport à l'autre. Si poursuite, alterner PEC individuelle (savoir-faire) et groupe (valorisation sociale).	Les absences répétées ont créé une discontinuité dans le suivi. Le patient verbalise avoir éprouvé du plaisir et apprécié la PEC pour son aspect socialisant. Si poursuite, continuer en groupe avec suivi régulier.

Tableau 28 : Descriptif clinique détaillé pour chaque patient de l'étude (suite).

Annexe 31 : Résultats pour chaque patient des évaluations correspondantes à l'hypothèse générale.

**Pour tous les tableaux des Annexes 31 à 35 :**

Le choix a été fait de laisser apparaître, au sein des graphiques, les séances durant lesquelles les patients ont été absents. Si lisser la courbe aurait pu améliorer la lisibilité des résultats, ce format permet surtout une meilleure compréhension de la temporalité de la PEC pour chaque patient. Une temporalité qui peut impacter et expliquer certaines évolutions.

Légendes : « Av » et « Pré » signifie « Avant PEC » et « Ap » et « Post » signifie « Après la PEC ». « S1, S2, S3... » signifie « S » pour « Séance » suivi du numéro de cette dernière.

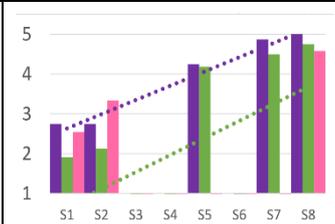
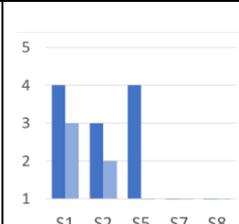
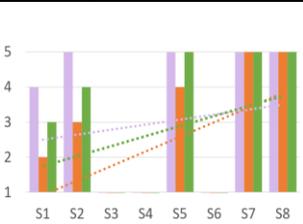
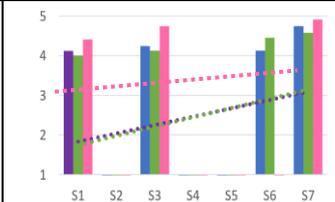
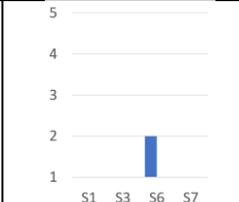
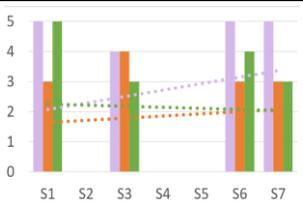
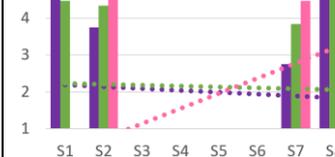
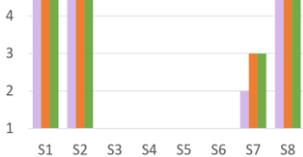
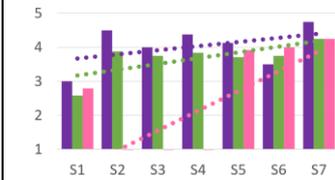
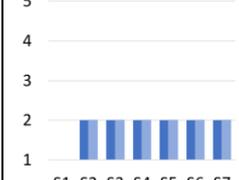
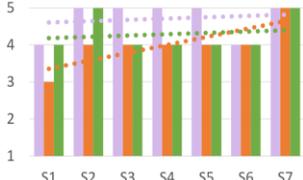
	Hétéroévaluation (Cotation de 1 à 5)	Auto-évaluation en séance (Cotation de 1 à 5)		Échelles	
	Les items d'évaluations	Craving	Cube harmonique	OCDS	
Lé- gend e	Plaisir Fonctions exécutives Habiletés sociales	Avant séance Après séance	BON (Amour de soi) BIEN (Confiance en soi) BEAU (Affirmation de soi)	X/40	
Sylvie				Pré	Post
				17	20
				Écart	
				+3	
Gilles				Pré	Post
				8	9
				Écart	
				+1	
Corinne		Pas de craving ressenti avant, pendant ou après les séances.		Pré	Post
				12	10
				Écart	
				-2	
Pierre				Pré	Post
				8	8
				Écart	
				0	

Tableau 29 : Résultats pour chaque patient des évaluations correspondantes à l'hypothèse générale.

Annexe 32 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à la première sous-hypothèse.

	Hétéroévaluation (Cotation de 1 à 5)	Auto-évaluation en séance (Cotation de 1 à 5)	Échelles			
	Items d'évaluations CPS Émotionnelles	Anxiété / Cube harmonique	HAD		TAS-20	
Lé- gende	Plaisir Anxiété Alexithymie	Anxiété (Av) Anxiété (Ap)	BON (Amour de soi)		A : X/21	X/100
Sylvie			Av	Ap	Av	Ap
			16	7	71	58
			Écart		Écart	
			-9		-13	
Gilles			Av	Ap	Av	Ap
			14	13	85	83
			Écart		Écart	
			-1		-2	
Corinne			Av	Ap	Av	Ap
			14	9	36	49
			Écart		Écart	
			A : -5		+13	
Pierre			Av	Ap	Av	Ap
			9	7	70	72
			Écart		Écart	
			A : -2		+2	

Tableau 30 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à la première sous-hypothèse.

Annexe 33 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à la seconde sous-hypothèse.

	<b>Hétéroévaluation</b> (Cotation de 1 à 5)	<b>Auto-évaluation en séance</b> (Cotation de 1 à 5)
	Items d'évaluations CPS Fonctions exécutives	Craving / Cube harmonique
Lé- gende	Inhibition Planification Flexibilité mentale	Craving (Avant) Craving (Après) BIEN (Confiance en soi)
Sylvie		
Gilles		
Corinne		
Pierre		

Tableau 31 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à la seconde sous-hypothèse.

Annexe 34 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à l'hypothèse secondaire.

	<b>Hétéroévaluation</b> (Cotation de 1 à 5)	<b>Auto-évaluation en séance</b> (Cotation de 1 à 5)	<b>Échelles</b>	
	Items d'évaluations : CPS sociales	Anxiété / Craving / Cube harmonique	ESUL	
Légende	<b>Affirmation de soi / Habiletés sociales</b> <b>Communication Non Violente (CNV)*</b>	<b>Anxiété (Avant) / Anxiété (Après)</b> <b>Craving (Avant) / Craving (Après)</b> <b>BEAU (Affirmation de soi)</b>	X/80	
Sylvie			Pré	Post
			50	45
			Écart	
			-5	
Gilles			Pré	Post
			45	50
			Écart	
			+5	
Corinne			Pré	Post
			28	28
			Écart	
			0	
Pierre			Pré	Post
			43	31
			Écart	
			-12	

Tableau 32 : Résultats pour chaque patient des évaluations relatives à l'hypothèse secondaire.

Annexe 35 : Synthèse des retours de questionnaires de fin de PEC pour les patients et les soignants.

Résultats des questionnaires de fin de PEC adressés aux patients														
	Bénéfice global	Verbatim	Fonctions exécutives développées	Améliorations partielles observées										
Sylvie	4/5	« Très plaisant et permet d'avoir un moment de détente et d'expression de soi ».	Diminution impulsivité Amélioration persévérance Amélioration adaptabilité	Craving ✓ Estime de soi ✓ Appartenance ✓										
Gilles	4/5	« Aucune remarque, il en faudrait plus. »	Diminution impulsivité Amélioration planification Amélioration persévérance Amélioration adaptabilité	Craving ✓ Alexithymie ✓ Estime de soi ✓ Appartenance ✓										
Corinne	5/5	« Première expérience très agréable. Dans l'échange, la communication et permet une meilleure confiance en soi. »	Diminution culpabilité Diminution de la frustration	Craving ✓ Alexithymie ✓ Estime de soi ✓										
Pierre	4/5	« On m'a permis d'apprendre des choses que je ne faisais pas. »	Diminution culpabilité Amélioration persévérance Amélioration adaptabilité	Alexithymie ✓ Estime de soi ✓										
Résultats des questionnaires de fin de PEC adressés aux soignants														
	Bénéfice global sur le service	Verbatim	Moyenne des indicateurs de l'équipe soignante permettant d'évaluer les bénéfices de l'Art-thérapie											
Soignant 1	5/5	« Il aurait été intéressant de préparer un lieu d'exposition pour les œuvres réalisées en atelier pour les montrer aux professionnels de santé. »	<table border="1"> <caption>Moyenne des indicateurs de l'équipe soignante</caption> <thead> <tr> <th>Indicateur</th> <th>Moyenne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bénéfice global</td> <td>4.4</td> </tr> <tr> <td>Craving</td> <td>3.7</td> </tr> <tr> <td>Alexithymie</td> <td>4.2</td> </tr> <tr> <td>Fonctions exécutives</td> <td>3.5</td> </tr> </tbody> </table>		Indicateur	Moyenne	Bénéfice global	4.4	Craving	3.7	Alexithymie	4.2	Fonctions exécutives	3.5
Indicateur	Moyenne													
Bénéfice global	4.4													
Craving	3.7													
Alexithymie	4.2													
Fonctions exécutives	3.5													
Soignant 2	N'a pas souhaité répondre	« A recommander pour permettre aux patients de mieux appréhender, gérer leurs émotions. »												
Soignant 3	4/5	X												
Soignant 4	4/5	X												
Soignant 5	4/5	« A poursuivre afin de parfaitement intégrer cette thérapie dans les PEC addictologiques. »												
Soignant 6	5/5	« Mettre en place des ateliers réguliers sur l'année 2024-2025 avec un plus grand temps de préparation. »												

Tableau 33 : Synthèse des retours de questionnaire de fin de PEC pour les patients et les soignants.

Annexe 36 : Littérature scientifique en lien avec notre recherche.

RECHERCHES DIVERSES		
	Référence	Axes de recherche en lien avec notre étude
[1]	MUNIZ, J. et al. <i>Reduction of Cortisol Levels ans Participant's Responses Flowing Art Making</i> . The Journal of the American Art Therapy Association. Vol. 33, 2016, p. 74 à 80	BIOLOGIE DU STRESS ET DE L'ANXIETE - Cette étude démontre que 45 minutes d'activité artistique réduisent le niveau de cortisol, une hormone liée au stress, grâce aux indications d'un test salivaire réalisé auprès des participants. Elle permet de mettre en corrélation la dimension physiologique du stress avec l'anxiété.
[2]	VANDERMEULEN, Delphine. "Investigation de l'effet de l'anxiété sur l'efficacité du fonctionnement exécutif". Liège. Université de Liège. 1 vol. 101p. Master en sciences psychologiques : Liège : 2012.	ANXIETE ET FONCTIONS EXECUTIVES Cette étude démontre que l'efficacité de la performance dans des tâches exécutives impliquant les fonctions d'inhibition ou de flexibilité mentale sont vulnérables à l'anxiété. Public d'individus qui ne présentent pas de diagnostic de trouble de l'anxiété.
[3]	CORDOVIL DE SOUSA UVA, Mariana. <i>Étude des fonctions cognitives, des symptômes affectifs et du craving chez les patients alcoolodépendants en cure de sevrage : analyse transversale et longitudinale</i> . Louvain. UCLouvain. 1 vol. Master de spécialisation en psychothérapie : Louvain : 2011.	FONCTIONS EXECUTIVES – ANXIETE – CRAVING Analyse transversale et longitudinale. Il a été constaté que les fonctions exécutives, les symptômes affectifs et le craving pour l'alcool n'évoluent pas de manière uniforme pendant la cure de sevrage. La corrélation la plus significative a été observée entre les affects négatifs (anxiété, dépression et affectivité négative) et le craving. Les fonctions exécutives, en revanche, suivent un parcours distinct, certaines d'entre elles ne retrouvant pas leur pleine capacité durant le sevrage.
ARTICLES ET MEMOIRES D'ATM		
	Références	Axes de recherche en lien avec notre étude
[4]	BIRLOUET, Thomas. <i>Étude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolodépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives</i> . Tours. Université de Tours. 1 vol. 39p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016.	FONCTIONS EXECUTIVES - L'étude montre une amélioration partielle des fonctions exécutives. Il propose également une modalité d'évaluation différente avec le test de BEARNI en début et fin de PEC. La dominante utilisée est la pratique et l'écoute musicale auprès de 4 patients pour des PEC allant de 6 à 10 séances.
[5]	TUFFET, Louise. <i>Impact de l'art-thérapie moderne sur l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs auprès d'un public alcoolodépendant en soins de suite et de réadaptation addictologiques</i> . Tours. Université de Tours. 1 vol. 44p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2018.	ESTIME DE SOI L. Tuffet a concentré ses objectifs sur l'amélioration de l'estime de soi et la diminution de la symptomatologie anxiodépressive chez un public en sevrage alcoolique, en utilisant l'échelle de Rosenberg pour l'évaluation. L'étude révèle une nette amélioration de l'estime de soi pour la cohorte des 4 patients et une diminution de l'anxiété pour la moitié des patients suivis. Les PEC ont duré entre 6 et 10 séances.
[6]	NOTTELET-CHOQUEUX, Marion. <i>Étude de l'impact de l'art-thérapie moderne à dominante dessin, peinture, collage, calligramme et écoute musicale, sur l'engagement dans leur projet de soin, de personnes toxicomanes séjournant dans un centre thérapeutique résidentiel d'un csapa</i> . Grenoble. Université de Grenoble. 1 vol. 53p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Grenoble : 2023.	CRAVING – FONCTIONS EXECUTIVES Nottellet -Choqueux M. a réalisé un suivi pour une cohorte de 11 patients avec des PEC allant de 1 à 17 séances. Comme pour notre étude les dominantes utilisées relèvent des arts plastiques. Les résultats pour le groupe ayant réalisé les 17 séances révèlent une amélioration des capacités d'adaptation (fonctions exécutives), une diminution du craving avant et après séance, ainsi qu'une meilleure estime d'eux-mêmes après le suivi. Une PEC individuelle et plus longue avec 17 séances semble donner des résultats plus probants que ceux de notre étude et questionne la modalité de groupe.
[7]	AURIACOMBE, M., FATSEAS, M. et DAULOUEDE, JP. <i>Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle</i> . Annales médico-psychologique revue psychiatrique : Elsevier Masson, 2018, n°176, p.746-749	EXPRESSION DU CRAVING « Une caractéristique du craving qui est déroutante pour le patient (et un challenge pour la recherche) est que son expression est très variable d'un moment à l'autre. Il est influencé par des stimuli divers [...]. Son intensité et son expression sont variables selon les individus et aussi chez un même individu. »

Tableau 34 : Littérature scientifique en lien avec notre recherche.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE ICL

## Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de médecine de Lille ICL

**Soutenu le :** 22 novembre 2024

**Par :** Julie JEANNIN

**Titre :** Étude de l'impact de l'Art-thérapie moderne sur l'intensité du craving auprès de personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool dans le cadre de leur suivi au sein d'un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

**Sous la direction du :** Dr SCLIFFET Damien, Psychiatre addictologue et praticien hospitalier.

### Résumé

Cette étude explore l'impact de l'Art-thérapie moderne sur l'intensité du craving chez des patients souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool suivis au CSAPA de Coulommiers. L'étude inclut quatre patients et utilise des techniques artistiques telles que la peinture, l'écriture, le collage et l'origami. Les résultats montrent que l'Art-thérapie permet de réduire l'anxiété, d'améliorer certaines fonctions exécutives et de développer les habiletés sociales. À l'inverse, le protocole art-thérapeutique ne semble pas avoir eu d'impact sur l'évolution de l'estime de soi et de l'alexithymie. Toutefois, au regard de notre modeste cohorte, les limites et les biais sont nombreux et il convient de considérer ces résultats avec une certaine réserve. Nous pouvons constater également que l'Art-thérapie a un meilleur impact à l'échelle d'une séance que sur le long terme. Dans cette perspective, et en prenant en compte les retours des patients, l'étude souligne l'importance d'une prise en charge personnalisée pour permettre un passage en groupe efficace. La discussion propose des améliorations pour les futures interventions, notamment l'exploitation d'un projet d'accompagnement de soin permettant aux patients de gérer le craving en dehors des séances.

**Mots clés :** *Art-thérapie – addiction – craving – trouble de l'usage d'alcool (TUA) – compétences psychosociales – fonctions exécutives – anxiété – alexithymie – estime de soi – origami – collage – peinture – écriture – csapa*

### Abstract

This study explores the impact of modern art therapy on craving intensity in patients with alcohol use disorders (AUD) treated at the Coulommiers CSAPA. The study included four patients and used artistic techniques such as painting, writing, collage and origami. The results show that art therapy reduces anxiety, improves certain executive functions and develops social skills. Conversely, the art therapy protocol did not seem to have any impact on changes in self-esteem and alexithymia. However, given the size of our modest cohort, there are many limitations and biases, and these results should be treated with a degree of caution. We can also see that art therapy has a better short-term impact than long-term impact. With this in mind, and taking into account the patients' feedback, the study highlights the importance of personalised treatment to enable an effective transition to the group. The discussion suggests improvements for future interventions, in particular the use of a supportive care project enabling patients to manage craving outside of sessions.

**Key words :** *Art-therapy – addiction – craving - alcohol use disorder (AUD) – soft skills - executive functions – anxiety – alexithymia – self-esteem – origami - paint – writing - specialised drug treatment centres*