UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
Faculté de Médecine de Tours

Etude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolo-dépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives

Article de fin d'études du Diplôme d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de tours

Présenté par Thomas BIRLOUET

Année 2016

Sous la direction de :

Safia METIDJI,
Psychologue clinicienne,
Docteur en psychopathologie
et psychanalyse

Lieu de stage :

Centre Hospitalier G.Dron
Unité d'Addictologie Clinique
155, rue du président Coty
59200 TOURCOING

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
Faculté de Médecine de Tours

Etude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolo-dépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives

Article de fin d'études du Diplôme d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de tours

Présenté par Thomas BIRLOUET

Année 2016

Sous la direction de :
Safia METIDJI,
Psychologue clinicienne,
Docteur en psychopathologie
et psychanalyse

Lieu de stage :
Centre Hospitalier G.Dron
Unité d'Addictologie Clinique
155, rue du président Coty
59200 TOURCOING

REMERCIEMENTS

A l'équipe enseignante et pédagogique du DU d'Art-thérapie pour leur disponibilité et le soutien dans l'accompagnement d'une démarche scientifique et professionnelle précieuse pour l'avenir,

Au docteur Laure SPINOSI pour l'intérêt porté et son regard sur l'activité art-thérapeutique,

A l'équipe soignante de l'UAC pour son accueil et sa disponibilité,

A Safia METIDJI pour son écoute, son soutien et sa direction dans le déroulement de la recherche et de l'écriture de l'article,

Aux patients pour leur implication et la richesse des échanges

PLAN

Introduction 1

A. L'engagement du patient dans son projet de soin personnalisé à l'UAC* du CH* Dron peut être compromis par l'existence d'un trouble dysexécutif 1

1. L'engagement du patient constitue un enjeu décisif dans l'élaboration et la mise en oeuvre du projet de soin 1

1.1. L'équipe de l'UAC cherche à engager durablement le patient dans son projet de soin 1

1.2. Des observations et études scientifiques montrent l'influence des troubles neuropsychologiques sur le maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin 2

2. L'existence d'un trouble dysexécutif peut expliquer la baisse de l'engagement du patient dans son projet de soin 3

2.1. Le trouble dysexécutif se traduit par une altération de capacités nécessaires à l'adaptation 3

2.2. Cette problématique peut engendrer un désengagement psycho-corporel du patient dans la concrétisation de son projet de soin 3

3. L'Art-thérapie peut encourager la restauration des capacités exécutives de la personne en souffrance afin de favoriser son engagement psycho-corporel 4

3.1. Des études montrent que l'Art-thérapie à dominante musique peut permettre de renforcer les fonctions exécutives chez la personne en souffrance 4

3.2. La recherche du plaisir esthétique orientée par l'art-thérapeute constitue un processus structuré qui implique corporellement et psychiquement la personne en souffrance 4

B. L'hypothèse est que l'Art-thérapie, en stimulant les fonctions exécutives défaillantes, a un impact durable sur le maintien de l'engagement de la personne alcoolo-dépendante sevrée dans son projet de soin 5

1. La première sous-hypothèse est que l'Art thérapie, en soutenant la recherche de plaisir esthétique, favoriserait la restauration des fonctions exécutives défaillantes 5

2. La seconde sous-hypothèse est que l'Art-thérapie, par la restauration des fonctions exécutives, pérenniserait l'engagement psycho-corporel du patient alcoolo-dépendant sevré dans un projet de soin durable 5

C. Une méthode de travail rigoureuse est élaborée et mise en oeuvre 5

1. Un groupe de 3 patients respectant des critères d'inclusion et les objectifs de notre recherche est constitué 5

2. Une démarche spécifique oriente notre intervention auprès du groupe 6

3. Des outils évaluatifs permettent de mettre à l'épreuve notre hypothèse 6

3.1. Une fiche d'observation spécifique ainsi que le test "BEARNI"* permettent de mesurer l'existence de stratégies d'adaptation et l'évolution des fonctions exécutives 6

3.2. Une seconde fiche d'observation permet de mesurer l'évolution de l'engagement psycho-corporel des patients dans leur projet de soin 6

D. L'expérience clinique relate la prise en charge de trois patients en Art-thérapie à dominante musique 7

1. L'ensemble des protocoles art-thérapeutiques est présenté 7

2. Un tableau récapitulatif synthétise le déroulement des prises en charge 9

E. En lien avec notre hypothèse, les résultats de l'étude sont exposés au regard de notre évaluation 10

F. L'analyse fait état d'une corrélation relative entre fonctions exécutives et engagement psycho-corporel dans le projet de soin 12

1. L'étude révèle une évolution partielle des fonctions exécutives mais un maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin 12

2. Des études scientifiques montrent que l'engagement peut être influencé par d'autres composantes de l'accompagnement art-thérapeutique 13

G. Le maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin peut être impacté par la qualité de la relation art-thérapeutique 13

1. L'investissement relationnel du patient dans le suivi art-thérapeutique semble influencer le maintien d'un engagement relationnel dans son projet de soin 13

2. Le besoin d'appartenance sociale et l'appétence relationnelle du patient conditionnent la stratégie art-thérapeutique pour renforcer l'engagement dans le projet de soin 14

Conclusion 15

Liste des tableaux, graphiques et illustrations

Références bibliographiques

Annexes

GLOSSAIRE

*Dans le texte, un mot suivi d'une étoile * indique qu'il est référencé dans le présent glossaire*

Acronymes/sigles :

- **AFRATAPEM** : Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine *(Disponible sur le World Wide Web (WEB) : http://art-therapie-tours.net/)*
- **AT** : art-thérapeute
- **BEARNI** : Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment (*Disponible sur le WEB : http://www.federationaddiction.fr/parution-de-bearni-outil-de-depistage-des-troubles-lies-a-lalcool/)*
- **CH** : Centre Hospitalier
- **UAC** : Unité d'Addictologie Clinique

Glossaire général :

- **Adaptation** : processus par lequel un être ou un organe s'adapte naturellement à de nouvelles conditions d'existence

(Disponible *sur le site WEB du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/definition/adaptation)*

- **Addictologique** : qui se rapporte à l'étude de l'addiction (voir "conduite addictive")
- **Alexithymie** : incapacité à l'expression verbale des émotions et à la tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer *(JOUANNE, Céline. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. Revue Psychotropes. 2006/3, Vol. 12, p 236)*
- **Autorégulation** : processus d'orientation vers un objectif visant l'atteinte et le suivi de buts personnels *(KAROLY, Paul. Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. Revue Applied Psychology. 2005, vol 54, p 267)*
- **Bonne santé :** état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (*Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé disponible sur son site WEB : http://www.who.int/about/definition/fr/print.html)*
- **Cognition sociale** : activités permettant de guider et de réguler l'apprentissage et le fonctionnement cognitif dans des situations de résolution de problème ou, plus spécifiquement, lors des interactions sociales *(LE GALL, Didier (et col.). Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. Revue de neuropsychologie. 2009/1, Vol 1, p 23)*
- **Compétences psycho-sociales** : capacités d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ; aptitudes d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adaptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement *(Définition de l'OMS de 1993 disponible sur le site WEB de l' Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp)*
- **Conduites addictives** : comportements qui peuvent avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives *(VÉLÉA, Dan. Toxicomanie et conduites addictives. Paris. Heures de France. 2005. p 59)*
- **Flexibilité mentale** : phénomène de restructuration décrit comme l'étape cruciale de l'intelligence qui consiste à percevoir les éléments de la situation sous un nouvel éclairage et conduit dans certains cas, à découvrir la solution. Cette restructuration va consister à reformer, regrouper les éléments de la situation afin de percevoir une nouvelle structure *(CLEMENT, Evelyne. Etude des différences de flexibilité mentale dans l'activité de résolution de problèmes. 2001 : Presses Universitaires de Rennes. Questions de psychologie différentielle, p 317-322)*

- **Inhibition** : Arrêt, blocage d'un processus psychologique faisant obstacle à la prise de conscience, à l'expression, à la manifestation, au développement normal de certains phénomènes psychiques *(Disponible sur le site WEB du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/definition/inhibition)*
- **Maintien de l'attention**: perdurance d'une tension de l'esprit vers un objet à l'exclusion de tout autre *(*Disponible *sur le site WEB du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/definition/attention)*
- **Maladie d'Alzheimer** : affection du cerveau dite « neuro-dégénérative », c'est-à-dire qu'elle provoque une disparition progressive de neurones qui entraîne une altération des facultés cognitives dont la mémoire, le langage et le raisonnement *(BERR, Claudine.Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer : aspects méthodologiques et nouvelles perspectives. Revue Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. 2009, Vol 7, numero spécial 1, p 7)*
- **Personnalité** : ensemble stable de conduites propres à un invividu, lequel s'acquiert à mesure du développement, et dépend à la fois de facteurs innés et de facteurs environnementaux *(BIOY, Antoine. Manuel de psychologie du soin. Paris. Editions Breal. 2002. p 66)*
- **Planification** : méthode consistant à choisir des objectifs et à proposer des moyens pour y parvenir *(Disponible sur le site WEB du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/definition/planification)*
- **Reconnaissance sociale** : processus d'identification où chaque membre du groupe pose un regard sur l'autre membre. Il s'agit d'un système d'interactions, d'échanges qui impliquent l'intériorisation ou l'assimilation de normes, de modèles, de valeurs à partir de sa propre histoire, de son milieu familial et de sa trajectoire personnelle et professionnelle *(LAZZERI, Christian, NOUR, Soraya. Reconnaissance, identité et intégration sociale. Nanterre : Presses universitaires de Paris Ouest. 2009. Disponible sur le WEB : http://books.openedition.org/pupo/711)*
- **Stratégie** : ensemble d'actions coordonnées, d'opérations habiles, de manœuvres en vue d'atteindre un but précis *(Disponible sur le site WEB du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/definition/stratégie)*

Glossaire se rapportant à l'Art-thérapie :

- **Art I** : phase de l'instinct à l'action volontaire orientée vers l'esthétique qui se présente de façon globale, anarchique et qui a le corps comme médiateur privilégié *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 55)*
- **Art II** : action volontaire orientée vers l'esthétique qui se présente de façon ordonnée et spécifique, nécessitant les techniques artistiques *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 55)*
- **CT :** Cible Thérapeutique ; élément précis sur lequel l'art-thérapeute travaille *(HAMON, Marguerite. Art-thérapie auprès d'adultes en sevrage à l'alcool. Tours : faculté de médecine de Tours. 1 vol. 64 p. Mémoire de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2013)*
- **Contemplation** : situation de l'homme qui fixe et concentre son attention sur une production artistique *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 31)*
- **Cube harmonique** : outil auto-évaluatif proposé au patient permettant de mettre en évidence soit le niveau d'épanouissement esthétique du patient, soit son niveau d'épanouissement et d'acquisition techniques, soit son niveau de qualité existentielle *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'Art occidental. Editions Favre, 2004. p. 247)*
- **Emotion esthétique** : traitement purement spirituel de l'impact sensoriel d'une oeuvre d'Art *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 37)*
- **Faisceau d'items** : ensemble d'items révélant une situation (voir "item")
- **Fiche d'observation** : structurée en rubriques se subdivisant en items ou faisceaux

d'items choisis par l'Art-thérapeute selon les objectifs thérapeutiques visés pour chaque patient, elle est remplie à chaque séance. Elle permet de déterminer les éléments de base de l'évaluation des patients, d'assurer, de contrôler, voire de réajuster l'action thérapeutique en fonction de l'observation du phénomène artistique chez les patients *(DIAS, Nadia. L'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer en exploitant l'esthésie et la mémoire affective et en impliquant les familles dans le programme de soin . Tours : faculté de médecine de Tours. 1 vol 80 p. Mémoire de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2011)*

- **Idéal esthétique** : harmonie entre le fond (idées, valeurs, préférences) et la forme (aspect matériel de l'oeuvre) ; ce que l'artiste cherche à atteindre sans jamais y arriver *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 53)*
- **Intentionnalité** : relation psychologique active de la conscience à un objet existant, adaptée à un projet *(Disponible sur le site WEB du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/lexicographie/intentionnalité)*
- **Item** : plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation ; élément sensible de la difficulté qui est au fondement de l'observation (*FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 63)*
- **Langage hors-verbal** *:* système de signes faisant appel au médium artistique pour permettre une communication *(LEBLOND, Marie. Experience d'Art-therapie à dominante arts plastiques auprès de patients atteints de cancer dans une association française de lutte contre le cancer. Tours : faculté de médecine de Tours. 1 vol. 84 p. Mémoire de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2013)*
- **Langage non-verbal** *:* système de signes qui ne fait pas appel au vocabulaire et qui permet la communication *(LEBLOND, Marie. Experience d'Art-therapie à dominante arts plastiques auprès de patients atteints de cancer dans une association française de lutte contre le cancer. Tours : faculté de médecine de Tours. 1 vol. 84 p. Mémoire de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2013)*
- **Objectif thérapeutique général** : objectif que l'atelier d'Art-thérapie doit atteindre *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 62)*
- **Objectif intermédiaire** : objectif du cheminement art-thérapeutique pour atteindre l'objectif général *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. p 62)*
- **PAS** : Plan d'Accompagnement aux Soins ; activités à réaliser entre les séances d'Art-thérapie afin de préserver les acquis sanitaires *(SOULINGEAS, Hélène. Rompre l'isolement des patients en unité stérile, en restaurant leur engagement corporel : Application de l'Art-thérapie en service d'hématologie. Grenoble : faculté de médecine de Grenoble. 1 vol 20p. Article de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2015)*
- **Pouvoirs de l'Art** : L' oeuvre d'Art, qui peut être contemplée ou créée, implique l'être humain corporellement et psychiquement. L'impact sensoriel que produit l' oeuvre d'Art sur l'être humain peut provoquer chez lui une émotion esthétique, ce qui confère à l'Art un pouvoir émotionnel *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : édition Favre, 2012. p 36-37)*

L'impact produit par une oeuvre d'Art peut créer chez l'être humain un effet d'entraînement, c'est-à-dire l'émergence d'un engagement psycho-corporel amenant à l'expression *(DIAS, Nadia. L'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle de personnes âgées souffrant de la maladie d' Alzheimer en exploitant l'esthésie et la mémoire affective et en impliquant les familles dans le programme de soin . Tours : faculté de médecine de Tours. 1 vol 80 p. Mémoire de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2011)*

L'œuvre d'Art intégrant le patrimoine culturel joue un rôle de processeur permettant un lien unificateur entre les êtres humains par le dépassement de l'œuvre. Il se crée entre ces êtres humains réunis par un intérêt commun pour l'Art un état de coalescence, un lien de nature intime et de connivence de chacun. L'Art induit ainsi un effet relationnel *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'Art occidental. Edition Favre, 2004. p.219-220)*

- **Protocole thérapeutique** : Tout ce qui concourt à la faisabilité de l'activité sanitaire. Souvent confondu avec le projet thérapeutique, le protocole thérapeutique s'inscrit dans le protocole général de soins d'un patient. Il doit être précis, clair, complet, compréhensible et spécialisé *(BOON, Julie. Etude comparative de deux stratégies art-thérapeutiques auprès d'adultes atteints de*

troubles délirants. Tours : faculté de Médecine de Tours. 1 vol 15p. Article de fin d'études du DU. 2015)

- **SA :** Site d'Action ; qui se rapporte aux mécanismes humains défaillants *(HAMON, Marguerite.Art-thérapie auprès d'adultes en sevrage à l'alcool. Tours. Faculté de médecine de Tours. 1 vol. 64 p. Mémoire de fin d'études du DU d'Art-thérapie. 2013)*
- **Stratégie thérapeutique** : Permet d'organiser la séance afin de solliciter certaines phases du patient au regard de ses pénalités et en fonction des objectifs à atteindre *(BOON, Julie. Etude comparative de deux stratégies art-thérapeutiques auprès d'adultes atteints de troubles délirants. Tours : faculté de Médecine de Tours. 1 vol 15p. Article de fin d'études du DU. 2015)*
- **Structure corporelle :** organisation des segments corporels (bras, avant-bras, main, doigt,...) en vue d'une activité *(FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'Art-thérapie. 6ème édition, Favre, p168)*
- **Sympathie :** processus par lequel nous pouvons nous figurer les « jugements » des autres sans pour autant partager leurs émotions : deux sujets voient leurs désirs semblables converger sur un même objet par une forme de congruence émotionnelle *(FAVRE, Daniel (et col.). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. Revue Enfance.PUF, 2005/4, Vol. 57, p363-382)*

INTRODUCTION

Nacime a 22 ans. Les maltraitances de son père pendant son enfance l'ont conduit dans de nombreux foyers où il découvre les drogues : elles lui permettent notamment de soulager ses souffrances psychiques. Consommateur d'alcool depuis ses 12 ans, il développe progressivement une alcoolo-dépendance. Il est hospitalisé à l'UAC du CH Dron en juin 2016 pour une cure de sevrage. Lors d'un échange avec moi-même, à la question "que vas-tu faire après la cure ?", il répond : "à vrai dire, je ne sais pas. Je n'ai pas de projet motivant à la sortie et je vais retrouver la rue et la galère...Je vais probablement rechuter..."

Caractéristique, cette situation décrite synthétiquement illustre une double souffrance propre au public de l'UAC : la peur de l'avenir et un sentiment d'échec. L'enjeu de la clinique addictologique* en réponse, est bien de considérer la personne dans son devenir et d'agir sur les déterminants d'une consommation problématique qui peuvent la conduire à pérenniser un mal-être après l'hospitalisation.

Ainsi, le projet de soin ambitionne à la fois de trouver avec le patient les raisons et intérêts personnels de maintenir une abstinence, à la fois d'encourager un engagement personnel permettant à la personne de s'approprier le soin. Véritable clef de l'accompagnement, cet engagement peut être altéré par l'existence d'un trouble des fonctions exécutives se manifestant par une difficulté à trouver des solutions face aux obstacles du quotidien.

La présente étude propose d'évaluer l'impact que l'Art-thérapie pourrait avoir sur les fonctions exécutives et, en résonnance, sur l'engagement du patient dans son projet de soin. L'intérêt d'une telle recherche est bien d'apporter une réponse soignante complémentaire à celle proposée par l'équipe hospitalière. Cette réponse consiste à encourager les capacités préservées de la personne pour l'amener à trouver des réponses dans sa vie de tous les jours et à poursuivre de manière impliquée le projet de soin qui est le sien.

Le présent article se propose donc de vérifier l'hypothèse suivante : l'Art-thérapie, en stimulant les fonctions exécutives défaillantes, aurait un impact durable sur le maintien de l'engagement de la personne alcoolo-dépendante sevrée dans son projet de soin.

Pour vérifier cette hypothèse, l'article présentera dans un premier temps la problématique de patients hospitalisés rencontrant un trouble dysexécutif. Sur la base d'études scientifiques, nous verrons en quoi ce trouble peut entamer durablement l'engagement du patient dans son projet de soin. Dans un second temps, nous développerons notre hypothèse, puis nous décrirons notre méthode de travail pour prendre en charge et évaluer l'évolution de 3 patients. Nous exposerons par la suite nos résultats et en ferons une analyse pour répondre à l'hypothèse. Cette analyse sera discutée sur la base d'autres études scientifiques. Enfin, une réflexion sera proposée sur la qualité de l'engagement observé et ses éventuels déterminants dans l'accompagnement art-thérapeutique.

A. L'engagement du patient dans son projet de soin personnalisé à l'UAC du CH Dron peut être compromis par l'existence d'un trouble dysexécutif

1. L'engagement du patient constitue un enjeu décisif dans l'élaboration et la mise en oeuvre du projet de soin

1.1. L'équipe de l'UAC cherche à engager durablement le patient dans son projet de soin

Notre recherche se déroule à l'UAC du centre hospitalier G.Dron qui accueille un public d'hommes et de femmes (15 lits) présentant des conduites addictives*, en grande majorité liées à une consommation problématique d'alcool.

L'équipe pluri-disciplinaire répond prioritairement à une attente de soins de patients

volontaires dans leur hospitalisation : elle considère les besoins relatifs à l'arrêt de la consommation d'alcool. Ainsi, l'hospitalisation est un espace de rencontre entre des enjeux soignants et des besoins spécifiques du patient[1].

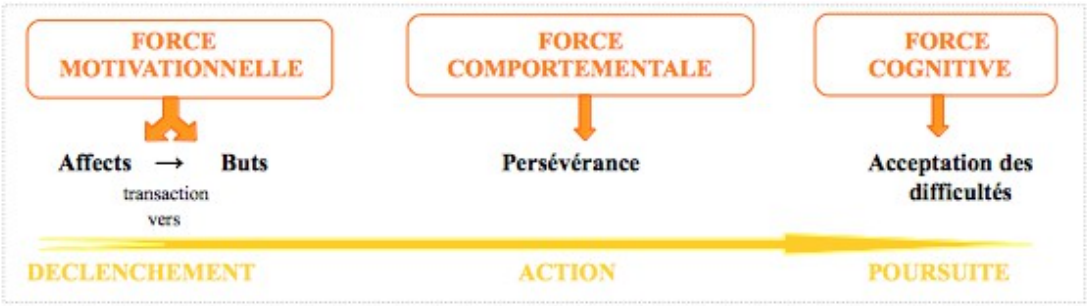
Ainsi, si le besoin physiologique constitue une priorité dans la première semaine d'hospitalisation axée sur le sevrage physique, l'élaboration progressive ainsi que l'amorce d'un projet de soin individualisé va répondre au besoin d'accomplissement personnel.

Le projet de soin, au regard du livret d'accueil de l'UAC, correspond à la mise en place par le patient, soutenu par l'équipe, d'objectifs propres et de moyens devant lui permettre de maintenir sa bonne santé*. Il signifie donc la dimension subjective de l'accompagnement.

L'implication du patient sur la durée constitue une condition essentielle pour mener à bien le projet de soin : l'enjeu pour l'équipe réside dès lors dans le maintien chez la personne d'un engagement durable.

Pour comprendre les mécanismes de l'engagement, nous nous basons sur l'approche théorique de A. Brault-Labbé[2]. Notre choix d'opter pour ce modèle est fondé sur son caractère opérationnel et sa volonté d'intégrer certaines composantes définitionnelles récurrentes dans la littérature scientifique.

Schéma 1 : Synthèse du modèle théorique de l'engagement de Anne Brault-Labbé



L'approche de A. Brault-Labbé vise à comprendre les moyens, raisons et circonstances par lesquels un individu parvient à développer et à maintenir une ligne persistante de conduite envers une personne, un groupe, une activité ou un projet.

Au regard du schéma ci-dessus, on comprend que l'interaction de 3 forces explique en quoi les mécanismes psycho-cognitifs de chaque personne vont être sollicités dans l'engagement.

Ainsi, la force motivationnelle est considérée comme étant responsable du déclenchement du processus d'engagement et correspond à l'intérêt personnel. La force comportementale est considérée comme favorisant la poursuite des actions et des efforts en dépit des obstacles rencontrés. Enfin, la force cognitive correspond à la capacité de réconcilier les éléments positifs et négatifs associés au fait de s'engager pour poursuivre la démarche de soin.

Les forces sont donc constitutives de la dimension neuropsychologique et intègrent les fonctions exécutives

1.2. Des observations et études scientifiques montrent l'influence des troubles neuropsychologiques sur le maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin

Au regard de la littérature scientifique, des études abordent les liens entre troubles neuropsychologiques et alcoolo-dépendance. Certaines d'entre elles insistent sur le fait que si l'abstinence au produit peut permettre de restaurer en partie les fonctions cognitives du patient, ce rétablissement peut être insuffisant (comme l'observe l'équipe de l'UAC avec son public au regard des résultats du test BEARNI administré durant le séjour).

1. La définition des besoins de cette section s'appuie sur la théorie d' A.Maslow présentée en annexe 1
2. BRAULT-LABBÉ Anne, DUBBE Lise. Mieux comprendre l'engagement psychologique : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif. Les cahiers internationaux de psychologie sociale. 2009/1 : presses universitaires de Liège, n°81, p 115-131

Tableau 1 : présentation de 2 études relatives à l'impact des troubles neuropsychologiques sur le maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin

Etude	Auteur(s)	Intérêt de l'étude
Dossier de 7 articles de la revue alcoologie et addictologie[3]	Groupe COPAAH	Etude exhaustive montrant que les troubles cognitifs liés à l'alcool expliquent l'altération des facultés d'introspection, d'autocritique et de prise de décision. Ceci peut entamer durablement l'accès aux soins et la tenue d'objectifs de vie personnels.
Article de la revue de neuropsychologie[4]	H. Beaunieux (et col.)	Etudes transversales et longitudinales montrant la contribution des troubles neuropsychologiques dans la difficulté des patients à maintenir l'abstinence à la sortie des services d'addictologie.

2. L'existence d'un trouble dysexécutif peut expliquer la baisse de l'engagement du patient dans son projet de soin

2.1. Le trouble dysexécutif se traduit par une altération de capacités nécessaires à l'adaptation*

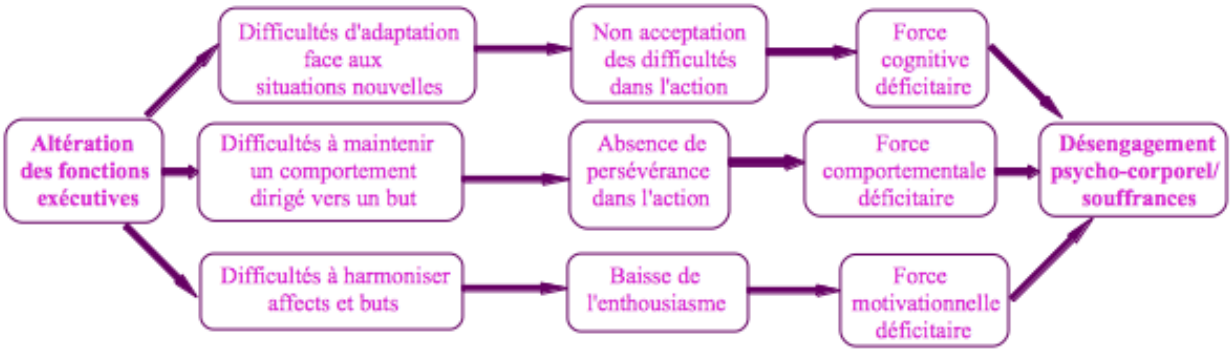
Les fonctions exécutives rassemblent les processus sollicités dans la mise en place d'un comportement dirigé vers un but. Elles permettent au sujet de faciliter son adaptation à des situations nouvelles. Elles rassemblent : la stratégie*, la planification*, le maintien de l'attention*, la flexibilité mentale* et l'inhibition*.

Le trouble dysexécutif correspond à l'atteinte plus ou moins durable de ces fonctions. Le modèle de Noël (et col.)[5] schématise ce dysfonctionnement chez le patient présentant une alcoolo-dépendance[6]. Selon l'auteur, le système réflexif du patient alcoolo-dépendant est déficient du fait de l'altération des fonctions exécutives. Le système impulsif va alors dominer et provoquer une perte de contrôle du comportement face aux stimuli environnementaux d'où la reconsommation. Ce constat justifie pour Noël une remédiation cognitive.

2.2. Cette problématique peut engendrer un désengagement psycho-corporel du patient dans la concrétisation de son projet de soin

L'altération des fonctions exécutives va compliquer la bonne dynamique des forces motivationnelle, comportementale et cognitive et pouvoir conduire au désengagement du patient. Des souffrances propres à ce dysfonctionnement (culpabilité, sentiment d'inefficacité) peuvent se pérenniser et amener le patient à se décourager et à interrompre son projet de soin :

Schéma 2 : Influence du trouble dysexécutif sur l'engagement du patient



3. Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Revue Alcoologie et addictologie. 2014 : Editions PRINCEPS, n°36, p 335-373

4. BEAUNIEUX hélène (et col.). Troubles neuropsychologiques dans l'alcoolo-dépendance : l'origine de la rechute ? Revue de neuropsychologie. 2013/3, vol. 5, p 159-165

5. NOEL Xavier, BREVERS Damien, BECHARA Antoine. A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. Revue current opinion in neurobiology. 2013, n°23(4), p 632-638

6. Cf. annexe 2

3. L'Art-thérapie peut encourager la restauration des capacités exécutives de la personne en souffrance afin de favoriser son engagement psycho-corporel

3.1. Des études montrent que l'Art-thérapie à dominante musique peut permettre de renforcer les fonctions exécutives chez la personne en souffrance

Tableau 2 : articles scientifiques relatifs à l'impact de l'art-thérapie sur les fonctions exécutives

Référence	Année	Intérêt(s)
Mémoire de recherche de V. Salkin [7]	2013	L'étude montre l'influence de l'écoute musicale sur les capacités attentionnelles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer* et sensibles à la musique
Article de H. Platel[8]	2011	La neuro-imagerie à travers des études cliniques (chez des malades d'Alzheimer) et expérimentales confirment les liens mnésiques et perceptifs que notre cerveau entretient avec le domaine de la musique
Article de L. Ricci-Boyer[9]	2008	L'étude s'intéresse aux éventuels bénéfices de l'art-thérapie sur des patients présentant une dépendance au tabac et une dépendance aux drogues illicites, au niveau des capacités d'autorégulation*, de la présence d'anxiété et de dépression. L'auto-efficacité et la planification sont des capacités évaluées

Le précédent tableau permet d'avoir un aperçu de différentes approches récentes portant sur les liens entre art-thérapie et fonctions exécutives. Par ailleurs, peu d'études à notre connaissance portent spécifiquement sur l'impact de l'Art-thérapie moderne à dominante musique sur les fonctions exécutives chez un public présentant des addictions.

3.2. La recherche du plaisir esthétique orientée par l'art-thérapeute constitue un processus structuré qui implique corporellement et psychiquement la personne en souffrance

Le concept d'"esthétique" (issu du grec *aisthèsis*, signifiant : *sensation, appréhension sensible*), apparaît en 1750 et Baumegarten fonde sous ce nom "la science de la connaissance sensible"[10]. E. Kant parle de jugement esthétique ou jugement de goût, c'est-à-dire la faculté de juger du beau[11]. Ainsi, l'être humain se définirait par là-même en tant que sujet.

Pour R. Forestier, le plaisir esthétique a à voir avec le ressenti. Il est l'effet produit sur une personne par l'impact sensoriel d'une oeuvre d'art. En somme, le plaisir esthétique correspond à l'alchimie entre sensation corporelle et émotion esthétique procurée par l'expérience artistique.[12] Il sous-entend l'implication de mécanismes neuro-psycho-physiologiques complexes chez l'être humain que l'on retrouve dans l'opération artistique[13].

La recherche du plaisir esthétique correspond dans notre étude à l'organisation de l'implication psycho-corporelle de la personne afin d'accéder à l'émotion esthétique* et au ressenti agréable.

---

7. SALKIN Victoire. *Influence de l'écoute de musique sur les performances exécutives, chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer*. Angers : département de psychologie de la faculté de lettres, de langues et de sciences humaines. 1 vol. 41 p. Master de recherche en psychologie. 2013.

8. PLATEL Hervé. Art-thérapie et démences : apports de la neuropsychologie. Revue de neuropsychologie. 2011/4, vol. 3, p 205-206.

9. RICCI-BOYER Laetitia (et col.). Evaluation de l'intérêt de la prise en charge par l'art thérapie de personnes alcooliques hospitalisées pour un sevrage. Présentation de deux études de cas. Bulletin spécial de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg. 2008/1, p 229-238.

10. BAUMEGARTEN Alexander-Gottlieb. Esthétique ; méditations philosophiques sur quelques sujets se rapportant à l'essence du poème et de la métaphysique. Paris. L'Herne, 2001.

11. KANT Emmanuel. Le jugement esthétique. Paris. PUF, 1991.

12. FORESTIER Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris : Edition Favre, 2012. Chap, les connaissances de l'art-thérapeute, p 36-37.

13. Cf. annexe 3

L'Art-thérapie au sens de l'AFRATAPEM*, est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. Elle est une discipline originale et adaptée qui utilise les pouvoirs de l'Art* dans un projet de soin pour des personnes souffrant de troubles de l'expression, de la communication ou de la relation.

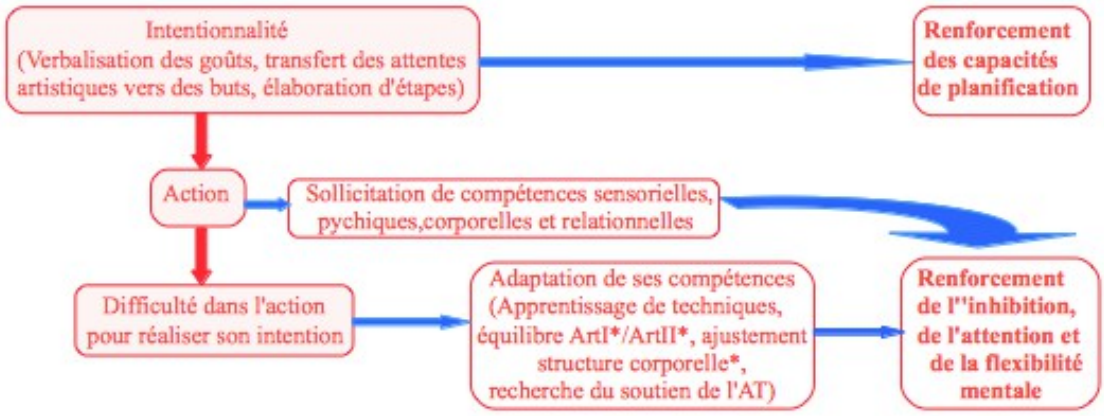
L'art thérapeute peut amorcer cette recherche en permettant, dans un premier temps, un accès facilité, sans frustration de l'attente, à des ressentis agréables voire à une émotion esthétique (contemplation*, ArtI*) : il permet en quelque sorte au patient de prendre goût à ce type de plaisir et d'avoir envie de le personnaliser. L'art-thérapeute oriente par la suite cette personnalisation en valorisant l'action comme dimension artistique essentielle à l'adaptation de compétences à l'intention visée. Pour ce faire, il ajuste sa prise en charge en mettant en oeuvre un protocole thérapeutique* incluant une stratégie* personnalisée ainsi que des outils d'évaluation telle que la fiche d'observation[14].

B. L'hypothèse est que l'Art-thérapie, en stimulant les fonctions exécutives défaillantes, a un impact durable sur le maintien de l'engagement de la personne alcoolo-dépendante sevrée dans son projet de soin

1. La première sous-hypothèse est que l'Art thérapie, en soutenant la recherche de plaisir esthétique, favoriserait la restauration des fonctions exécutives défaillantes

Chaque situation étant particulière, le suivi art-thérapeutique personnalise sa prise en charge. Cependant, l'étude ambitionnant la restauration des fonctions exécutives, il convient de privilégier un accompagnement fondé sur l'action ordonnée autour d'une intentionnalité* stimulée par l'art-thérapeute (comme nous le verrons concrètement dans les protocoles et descriptions des suivis). Cette dynamique intention/action doit permettre de révéler des compétences particulières ainsi qu'un fonctionnement positif. Le schéma suivant permet de cerner ce processus qui doit se comprendre en terme de rapports de cause à effet :

Schéma 3 : processus de renforcement art-thérapeutique des fonctions exécutives



2. La seconde sous-hypothèse est que l'Art-thérapie, par la restauration des fonctions exécutives, pérenniserait l'engagement psycho-corporel du patient alcoolo-dépendant sevré dans un projet de soin durable

La restauration des fonctions exécutives devrait entrainer :

- Une meilleure concordance entre affects et buts (planification) qui influence la force motivationnelle
- Une meilleure adéquation entre buts et comportements qui influence la force comportementale
- Une meilleure adaptabilité qui permet au patient de réconcilier les aspects positifs et négatifs de l'engagement (la force cognitive est donc stimulée)

14. Cf. annexe 4

C. Une méthode de travail rigoureuse est élaborée et mise en oeuvre

1. Un groupe de 3 patients respectant des critères d'inclusion et les objectifs de notre recherche est constitué

Le présent tableau a orienté la sélection des 3 patients inclus dans l'étude :

Tableau 3 : critères d'inclusion et d'exclusion propres à l'étude

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Personne adulte - Sevrée totalement à l'alcool (depuis au moins 3 semaines au moment de la prise en charge art-thérapeutique) - Volontaire pour un suivi art-thérapeutique dans le cadre de l'étude - Présentant une altération diagnostiquée des fonctions exécutives (score cognitif du test BEARNI inférieur à 15 si titulaire du BAC ou sans BAC ; inférieur à 16 si niveau d'études > BAC)	- Présentant une autre consommation problématique de produit psycho-actif - Présentant un trouble psychiatrique associé envahissant

2. Une démarche spécifique oriente notre intervention auprès du groupe

Le tableau ci-dessous résume la démarche propre à l'étude.

Tableau 4 : démarche et organisation de l'étude

Objectif du suivi art-thérapeutique	Restaurer les fonctions exécutives défaillantes
Méthode	• Sensibilisation des patients à l'Art-thérapie et encouragement du volontariat • Aval et indications par l'équipe pour une prise en charge individuelle en Art-thérapie • Consultation du dossier patient et entretien avec le patient • Constitution des protocoles art-thérapeutiques individualisés • Inclusion des patients en juin (selon les critères d'inclusion et d'exclusion pré-définis) • Accompagnements art-thérapeutiques et évaluations • Analyse des résultats
Moyens	- Mise en place d'un atelier collectif le vendredi matin pour susciter le volontariat - Prises en charge individuelles de juin à mi-septembre 2016 le jeudi en salle d'activité pour les 3 patients. Ils viendront à l'UAC en ambulatoire (après leur hospitalisation donc). Les séances durent une heure et demie - Evaluation des séances individuelles par le biais des outils de l'étude
Finalité	Evaluer l'impact du suivi art-thérapeutique sur les fonctions exécutives et sur l'engagement psycho-corporel dans le projet de soin de chaque patient (discussion des résultats issus de l'évaluation propre à l'étude)

3. Des outils évaluatifs permettent de mettre à l'épreuve notre hypothèse

3.1. Une fiche d'observation spécifique ainsi que le test "BEARNI" permettent de mesurer l'existence de stratégies d'adaptation et l'évolution des fonctions exécutives

La fiche d'observation est utilisée à chaque séance. Le test BEARNI sera administré à chaque patient à 3 reprises : au début de la prise en charge, fin juillet et mi-septembre 2016.

> Fiche d'observation : elle regroupe 3 faisceaux d'items* d'observation qui mesurent l'évolution les capacités de planification, l'adaptation psycho-corporelle et l'adaptation relationnelle face aux difficultés[15]. Ils doivent permettre d'apprécier l'évolution des fonctions exécutives dans l'accompagnement art-thérapeutique.

> Le "score cognitif" du test BEARNI[16] : il est un indicateur pour évaluer l'évolution des fonctions exécutives en dehors des séances d'Art-thérapie.

3.2. Une seconde fiche d'observation permet de mesurer l'évolution de l'engagement

15. Cf. annexe 5
16. Cf. annexe 6

psycho-corporel des patients dans leur projet de soin

La fiche d'observation de l'engagement[17] est utilisée à 3 reprises : au début de la prise en charge, fin juillet 2016 et mi-septembre 2016.

Elle regroupe des indicateurs permettant de mesurer les 3 dimensions de Brault-Labbé de l'engagement :

- La force motivationnelle est une auto-évaluation par le patient de son enthousiasme à atteindre ses objectifs de soin. Inspirée du questionnaire de P.C. Amrhein[18], il permet de jauger des affects du patient envers l'objet de l'engagement et sa transaction vers des buts concrets.
- Les forces comportementale et cognitive sont évaluées par l'art-thérapeute à savoir : la perdurance des actions initiées à la sortie d'hospitalisation pour répondre aux objectifs de soin et les réactions en lien avec les difficultés rencontrées dans le projet de soin (nature de la difficulté et réponse apportée).

D. L'expérience clinique relate la prise en charge de trois patients en Art-thérapie à dominante musique

1. L'ensemble des protocoles art-thérapeutiques est présenté[19]

Tableau 5 : protocoles art-thérapeutiques des soins individuels des patients de l'étude

Mia		
Indication	Soutenir le maintien de l'abstinence à l'alcool	
Etat de base	Femme; 40 ans; enfance marquée par des placements en foyer; troubles cognitifs du fait d'alcoolisations; pas de trouble sensori-moteur; états anxio-dépressifs récurrents; alexithymie*; vit très mal la solitude depuis son divorce récent; tendance à s'isoler; nombreuses rechutes et cures à répétition; laisse les soignants choisir les priorités de son projet de soin	
Souffrances	Culpabilité importante; sentiment d'être hors norme; anxiété; tristesse	
SA*/ CA*	**SA** = difficultés liées à l'expression de ses ressentis (3/7), difficultés à résister aux pulsions (3/4/5), trouble dysexécutif modéré (3/4/5/6), difficulté à maintenir son engagement dans le temps (5), fait pour faire plaisir (6/7/8)	**CT** = capacités sensorielles (2/3), capacités motrices (5/6), capacités d'implication relationnelle (8)
Objectifs	**OTG (Objectif Thérapeutique Général*)** = Encourager l'expression des émotions	
	OI (Objectifs Intermédiaires*) = Favoriser l'action d'un Art I porteur de ressentis agréables; faire des choix liés à ses goûts et préférences; permettre une recherche de plaisir esthétique fondée sur un savoir-faire maitrisé; accéder au plaisir esthétique par la productio ; communiquer sa production aux autres	
Dominante	Musique (écoute pour l'accès aux ressentis + djembé pour l'ArtI + expérimentation d'autres instruments)	
Stratégie	Ecoute musicale permettant à Mia de partager ses goûts musicaux (1/2/3/4/8). Jeu du djembé qu'elle dit affectionner pour encourager un Art I porteur de ressentis agréables (6/3). Expérimenter par la suite avec elle d'autres instruments de façon ludique pour susciter son intérêt et faire naitre progressivement une intention (6/3/4). Cadrer son action dans le temps pour arriver à un résultat tenant compte de son savoir-faire (6/4). Faire émerger une production fidèle à son intention (3/4/5/6/7) destinée à être partagée notamment avec son entourage (3/4/5/6/7/8)	
Evaluation	**Faisceaux liés à la stratégie** : Ressentis corporels liés à l'écoute / Qualité de l' intention esthétique / Investissement de l'action/ Expression d'un plaisir esthétique / Expression d'émotions / Engagement relationnel	
	Outils d'évaluation liés à l'étude (inclusion le 15 juin)	
PAS	Maintien du lien avec la psychologue de l'UAC	

17. Cf. annexe 7
18. AMRHEIN Paul (et col.),. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003, n°71, p 862-878.
19. Les numéros en "sites d'action/cibles thérapeutiques" et "stratégie" correspondent aux mécanismes humains présentés dans l'opération artistique en annexe 3

Max		
Indication	Soutenir le maintien de l'abstinence à l'alcool ; éviter l'isolement social	
Etat de base	Homme; 42 ans; origine ukrainienne, parle mal le français; sans activité; arrivé en France il y a 3 ans avec sa femme; a débuté l'alcool jeune dans sa famille puis au travail; trouble dysexécutif important; pas de difficulté sensori-motrice; rechutes très fréquentes et hospitalisations; Equipe remarque ses difficultés à se faire comprendre; fort sentiment d'être incompris et de solitude	
Souffrances	Peur de la solitude; angoisses; sentiment d'être hors norme	
SA/CT	**SA** = difficultés à résister aux pulsions (3/4/5), trouble dysexecutif important (3/4/5/6), peur de la solitude (8), peu d'autonomie relationnelle (8), difficultés à communiquer du fait de la barrière de la langue (8)	**CT** = capacités sensorielles (2/3), capacités d'apprentissage (4), capacités à s'engager (5), capacités motrices (5/6), capacités d'implication relationnelle (8)
Objectifs	**OTG** = Encourager le lien social	
	OI = Favoriser l'expression de ses goûts ; valoriser son identité culturelle; amener une action conjointe; développer des capacités de communication non-verbale; susciter l'envie d'affirmer sa personnalité à l'extérieur	
Dominante	Musique via l'écoute et la pratique du chant (il se plait à chanter des chansons russes)	
Stratégie	Par l'écoute musicale organisée autour de ses goûts musicaux, il s'agit d'amener Max à se positionner dans la relation pour y affirmer son identité culturelle (1/2/3/4/8). Dans le travail sur la reproduction de chansons ukrainiennes (guitare/chant), sa compétence musicale peut être reconnue (6/7/8). En encourageant la transmission d'une production, la stratégie vise à conduire Max à faire de son origine culturelle un atout communicationnel (3/4/5/6/7/8).	
Evaluation	**Faisceaux liés à la stratégie** : expression de ses goûts / investissement de l'action / engagement relationnel / autonomie relationnelle / qualité de la communication / qualité du lien social en dehors du suivi art-thérapeutique	
	Outils d'évaluation liés à l'étude (inclusion le 27 juin)	
PAS	Liens avec l'équipe de l'UAC + éventuel concert à organiser à l'UAC	
Luc		
Indication	Maintenir l'abstinence totale à l'alcool; Apprendre à maitriser son énergie	
Etat de base	Homme; 60 ans; pas de problème sensori-moteur; trouble dysexecutif modéré; trouble anxieux et forte culpabilité liés à son histoire familiale; nombreuses cures et alcoolisations; très stressé sans alcool, énergie débordante : l'alcool est utilisé pour calmer ses angoisses et l'obliger à se calmer; impliqué dans ses suivis et en recherche de lien social; fait du modélisme, écoute de la musique	
Souffrances	Anxiété, peur de l'avenir et culpabilité	
SA/CT	**SA** = difficultés à résister aux pulsions (3/4/5), trouble dysexecutif important (3/4/5/6), difficultés à réguler son élan (5)	**CT** = capacités sensorielles (2/3), capacités d'apprentissage (4), capacités motrices (5/6), capacités à produire des oeuvres en modélisme (7), capacités d'implication relationnellle (8)
Objectifs	**OTG** = Favoriser un sentiment d'efficacité personnelle	
	OI = Exprimer ses préférences musicales et ses goûts (2/3/4); être à l'écoute de ses ressentis corporels par l'ArtI (6/3); encourager l'engagement relationnel par l'action mutuelle (6/8); faire émerger une intention par l'ArtII (6/4); développer sa technicité, son savoir-faire (6); renforcer la confiance en l'avenir (6/3/4) affiner l'idéal esthétique* par la dynamique action/enregistrement/écoute (6/7/4)	
Dominante	Musique (à travers l'écoute qu'il affectionne et l'expérimentation d'instruments qu'il désire pratiquer mais pour lesquels il se dit incapable)	
Stratégie	La stratégie vise à permettre à Luc de développer des capacités en lien avec une intention personnelle (3/4/5/6) lui permettant de prendre conscience de ses compétences. L'accompagnement doit lui apprendre à structurer son engagement dans le temps en respectant sa volonté (3/4/5). En encourageant cette stratégie par une action commune art-thérapeute/patient dans le jeu musical, nous souhaitons valoriser les compétences relationnelles de Luc pour mener à bien son accession au plaisir esthétique construit dans le temps (8/3/4/5/6/7/8).	

Evaluation	**Faisceaux liés à la stratégie** : Qualité de l' intention esthétique / structure corporelle / confiance en l'avenir / expression d'un plaisir esthétique lié à sa production / engagement relationnel/ distinction relationnelle
	Outils d'évaluation liés à l'étude (inclusion le 20 juin)
PAS	Liens avec l'équipe de l'UAC et la psychologue (notamment en vue d'organiser un concert avec la présence des soignants en fin de suivi art-thérapeutique)

2. Un tableau récapitulatif synthétise le déroulement des prises en charge

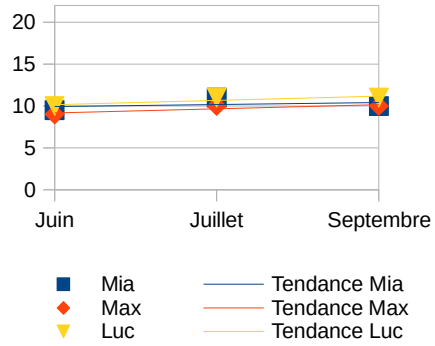
Tableau 6 : synthèse du déroulement des prises en charge des patients de l'étude

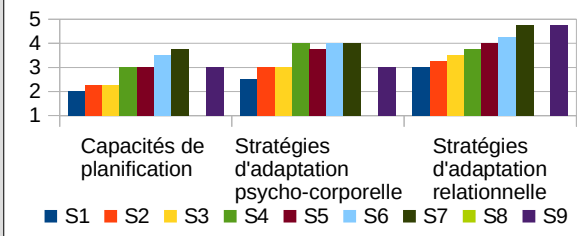
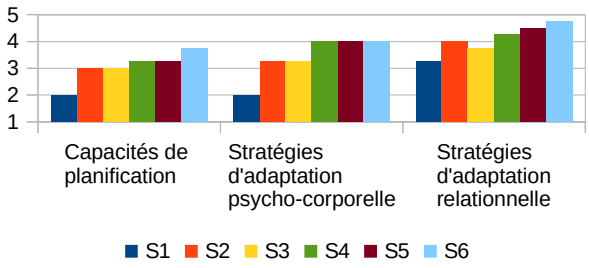
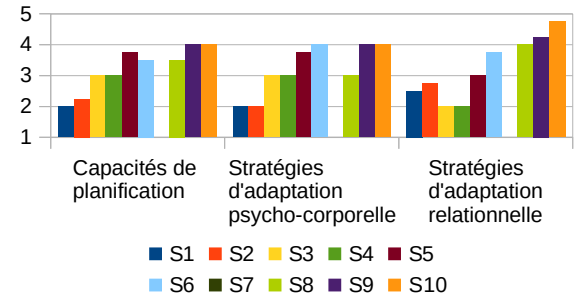
Mia (suivie du 15/06 au 15/09)	**Séances**	**S1-S3**	**S4-S5**	**S6-S7**	**S8-S9**
	Objectifs	Faire des choix liés à ses goûts et préférences par l'écoute musicale	Favoriser le goût d'agir en Art I (porteur de ressentis agréables)	Favoriser une recherche de plaisir esthétique fondée sur un savoir-faire maitrisé	Travail sur l'équilibre Art I/ Art II dans le jeu conjoint
	Descriptif	Ecoute musicale avec cube harmonique*; évoque ses goûts et ramène des morceaux de musique; prend du temps pour régler le son; implication relationnelle visible	Jeu de percussions, découverte du kalimba et du xylophone; joue si l'AT* joue; peu expressive dans ses émotions; dit être détendue à l'issue des séances; recherche de coordination rythmique	Action fondée sur la maitrise du djembé; attente d'apports techniques; cherche à respecter le tempo; montre qu'elle sait danser sur des rythmes africains; des sourires observés en S7	S8 annulée par Mia du fait d'une alcoolisation: elle appelle pour prévenir; S9 axée sur la réduction de l'anxiété par l'Art I (jeu du djembé et écoute); rires pendant la séance
Max (suivi du 27/06 au 15/09)	**Séances**	**S1-S2**	**S3-S5**	**S6**	
	Objectifs	Favoriser l'expression de ses goûts par l'écoute ; valoriser son identité culturelle	Travail sur la reproduction guitare/chant de chansons ukrainiennes	Affiner sa technicité en accord avec ses capacités personnelles	
	Descriptif	Ecoute qui laisse vite place à une demande de jeu guitare (AT)/chant (lui); évocation de souvenirs liés à sa culture d'origine; bonne implication relationnelle; engagement corporel et partage de ses goûts; demandes techniques	Ramène des chansons; apprentissage par essais/erreurs; exercices d'entraînement vocal; intention claire et forte; implication corporelle; volonté de bien-faire et travail à la maison; confiance en soi à travailler	Répétition de 2 morceaux qu'il veut faire bien; enregistrement; forte implication; demandes techniques; engagement relationnel important; demandes d'approbation récurrentes	
Luc (suivi du 20/06 au 15/09)	**Séances**	**S1-S2**	**S3-S4**	**S5-S7**	**S8-S10**
	Objectifs	Expression de ses goûts ; expérimenter par l'ArtI	Faire émerger une intention esthétique	Equilibre ArtI/ArtII; favoriser l'engagement relationnel	Travail sur ses capacités d'adaptation (planification et structure corporelle); induire la production d'un idéal esthétique
	Descriptif	Verbalisation de ses goûts pendant l'écoute musicale et partage de morceaux; intérêt pour les claviers qu'il essaie; bonne implication psycho-corporelle; projections	Jeu sur claviers avec recherche esthétique et technique; engagement relationnel moins présent dans l'action mais intention esthétique notable	Achat d'un clavier et volonté de créer des mélodies; montre ses productions; cadre mieux son élan et envisage des étapes; S7 particulière du fait de son alcoolisation	Relation avec l'AT, notamment dans le jeu, facilite son action; meilleur équilibre technicité/ressentis : meilleur confiance en lui; veut se distinguer dans la relation à l'AT

E. En lien avec notre hypothèse, les résultats de l'étude sont exposés au regard de notre évaluation

A/ L'évolution des fonctions exécutives est visible dans le tableau suivant :

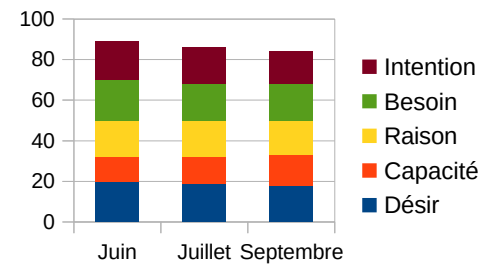
Tableau 7 : résultats et commentaires de la mesure des fonctions exécutives

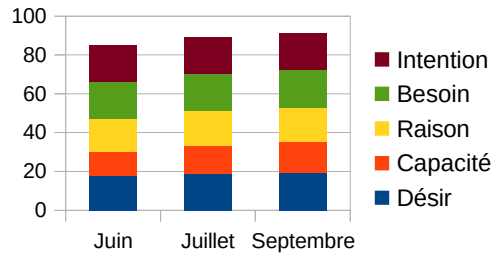
<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Graphiques</th><th>Commentaires</th></tr>
<tr><td>Evolution du score cognitif du test BEARNI pour l'ensemble des patients</td><td colspan="2"> 
</td><td>Rappelons qu'un score compris entre 11,5 et 15 indique un trouble léger des fonctions. En dessous de 11,5, le trouble est modéré.

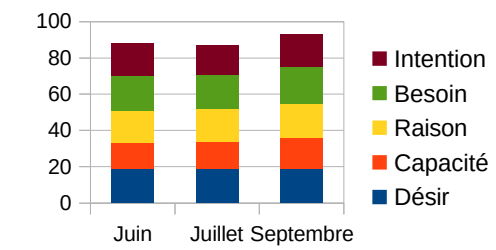
Le graphique indique des courbes de tendance stables. Les scores de septembre (10, 11 et 11) montrent une absence de progression claire au niveau des fonctions exécutives et la persistance d'un trouble dysexécutif sur la période concernée.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Evolution des faisceaux d'items relatifs aux fonctions exécutives</td><td>Mia</td><td> 
</td><td>Une évolution positive de l'adaptation psycho-corporelle et relationnelle de Mia est notable. Ses capacités de planification ont augmenté plus lentement.
La séance 8 est annulée par Mia.
La reprise du suivi en séance 9 permet d'observer une adaptation relationnelle investie</td></tr>
<tr><td>Max</td><td> 
</td><td>Concernant Max, on note une amélioration générale de ses fonctions exécutives.
L'augmentation de ses capacités d'adaptation relationnelle reste l'observation la plus notable.</td></tr>
<tr><td>Luc</td><td> 
</td><td>Concernant Luc, une évolution générale positive de ses fonctions exécutives se remarque.
La séance 7, du fait de son alcoolisation, rend la mesure impossible.
Là encore, les stratégies d'adaptation relationnelle augmentent avec le temps</td></tr>
</table>

B/ L'évolution de l'engagement dans le projet de soin est visible sur le tableau suivant :

Tableau 8 : résultats de la mesure de l'engagement dans le projet de soin

<table>
<tr><th colspan="2">Mia</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Objectif du projet de soin</u> : Maintenir l'abstinence à l'alcool (pas de changement de juin à septembre)</td></tr>
<tr><td><u>Force motivationnelle (évaluation/100)</u> :
 
</td><td><u>Force comportementale (persistance d'actions)</u> :

- Suivi ambulatoire avec la psychologue maintenu jusque mi août
- Suivi avec l'AT maintenu excepté une séance (elle appelle pour prévenir de son absence)
- Arrêt de la fréquentation des bars où elle allait et ce, jusque août</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Force cognitive (difficulté/réponse)</u> :</td></tr>
<tr><td>Juin</td><td>• Des tentations d'alcool et une rechute fin juin → Appel téléphonique aux infirmières de l'UAC + prise de rendez-vous en ambulatoire avec l' addictologue
• Angoisses/insomnie → Pas de réponse immédiate apportée. Compte sur l'avancée du suivi psychologique</td></tr>
<tr><td>Juilllet</td><td>• Alcoolisation → appel l'AT + psychologue. Rendez-vous en ambulatoire actés.
• Angoisses et insomnie → Pas de réponse immédiate apportée</td></tr>
<tr><td>Septembre</td><td>• Alcoolisations (débutant en août) → Pas de réponse apportée seule pendant un mois : isolement. Rentre en cure mi septembre à sa demande suite à des appels téléphoniques à l'AT et à l'UAC</td></tr>
<tr><th colspan="2">Max</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Objectif du projet de soin</u> = Maintenir l'abstinence à l'alcool (pas de changement de juin à septembre)</td></tr>
<tr><td><u>Force motivationnelle (évaluation/100)</u> :
 
</td><td><u>Force comportementale (persistance d'actions)</u> :

- Suivi ambulatoire avec médecin addictologue de l'UAC maintenu
- Participation au groupe "anciens patients" (une fois par mois le samedi matin) maintenue</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Force cognitive (difficulté/réponse)</u> :</td></tr>
<tr><td>Juin</td><td>• Pulsions d'alcool → exercices de relaxation + appel à l'UAC</td></tr>
<tr><td>Juilllet</td><td>• Alcoolisation → appel l'AT + demande d'hospitalisation pour une semaine (consolidation)</td></tr>
<tr><td>Septembre</td><td>• Pulsions d'alcool → exercices de relaxation + écoute de musique chez lui + appel à l'UAC</td></tr>
<tr><th colspan="2">Luc</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Objectif du projet de soin</u> = Maintenir l'abstinence à l'alcool (pas de changement de juin à septembre)</td></tr>
<tr><td><u>Force motivationnelle (évaluation/100)</u> :
 
</td><td><u>Force comportementale (persistance d'actions)</u> :

- Suivi ambulatoire avec psychologue et médecin maintenu
- Participation au groupe "anciens patients" (une fois par mois le samedi matin) maintenue
- Participation maintenue à un club de modélisme</td></tr>
</table>

Force cognitive (*difficulté/réponse*) :	
Juin	• Conflits importants avec sa femme provoquant des envies d'alcool → entretien avec psychologue
Juilllet	• Alcoolisation → voit l'AT pour parler + demande une semaine d'hospitalisation (consolidation) • Anxiété → écoute musicale chez lui + adaptation de son traitement avec le médecin
Septembre	• Alcoolisation → demande d'entrée en cure pour 3 semaines et projet de post-cure pour la suite

Commentaires liés au tableau 8:

- Pour la force motivationnelle, la progression est positive exceptée pour Mia. La motivation reste forte pour chacun (entre 80 et 100). La croyance en ses capacités ("capacité" dans les schémas de résultats) est pour chacun la composante qui est côtée la plus basse au début de l'étude : cette croyance va croître pour tous et renforcer ainsi la motivation.
- Pour la force comportementale, les résultats indiquent que les actions envisagées à la sortie de l'hospitalisation ont été maintenues (hormis Mia à partir d'Août).
- Concernant la force cognitive, les difficultés (en majorité des alcoolisations) vont être traitées par les patients sur les 4 mois excepté pour Mia en août. Les réponses apportées sont en majorité pour les 3 patients d'ordre relationnel (appel à un soignant, hospitalisation, demande de rendez-vous rapide en ambulatoire).

F. L'analyse fait état d'une corrélation relative entre fonctions exécutives et engagement psycho-corporel dans le projet de soin

1. L'étude révèle une évolution partielle des fonctions exécutives mais un maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin

L'analyse de nos résultats doit, dans un premier temps, tenir compte de l'existence de biais propres à l'étude que l'on peut résumer :

- Durée de l'étude et échantillonnage faible (3 patients seulement sur 4 mois environ)
- Un nombre de séances différent et une fréquence variable pour les patients
- L'influence des autres accompagnements (psychologique, médical,..), de l'environnement social et familial sur les fonctions exécutives et l'engagement
- Des biais inhérents aux outils d'évaluation :
  - Les fiches d'observation pour la mesure des fonctions exécutives et pour la mesure de l'engagement créées par l'AT ne sont pas randomisées
  - Alcoolisations des patients (parfois en séance comme pour Luc) faussent l'évaluation et questionnent l'impact de l'Art-thérapie sur les fonctions exécutives
  - Anxiété du patient au moment du remplissage des tests
  - Difficulté à comprendre la langue pour Max complique les évaluations

Concernant les résultats, on remarque que si les fonctions exécutives ont pu connaître une progression intéressante dans le cadre de la prise en charge art-thérapeutique (tableau 7), elles restent faiblement impactées selon l'évolution du score cognitif du test BEARNI. Cela nous amène de fait à nuancer les résultats et à valider en partie notre première sous-hypothèse : les fonctions exécutives évoluent en séances d'Art-thérapie mais cette progression ne se généralise pas hors séance.

L'engagement cependant se maintient dans le temps et nos résultats comportent des éléments à analyser. L'engagement s'est maintenu pour tous pour les raisons suivantes :

- La motivation se maintient hormis pour Mia. Cependant, le sentiment de capacité de la force motivationnelle augmente partout même pour Mia qui est moins motivée pourtant en septembre (sans doute du fait d'un état anxio-dépressif remarqué par l'équipe). La persistance des objectifs de soin dans le temps pour tous marque une bonne motivation.
- Les actions initiées à la sortie d'hospitalisation perdurent pour la majorité des patients ce

qui caractérise une force comportementale solide.

- Des réponses ont été apportées aux difficultés. Les demandes de soutien ou d'entrée en cure sont significatives. Mia a recontacté l'UAC plus rapidement qu'autrefois (à sa précédente "rechute" en 2015, 4 mois s'étaient écoulés entre sa première réalcoolisation et sa demande de soutien à l'UAC).

L'engagement dans le projet de soin est donc réel. Le parallèle entre évolution des fonctions exécutives et pérennité de l'engagement dans le projet de soin est à nuancer. Cependant, si les fonctions exécutives n'évoluent qu'en séance, il semble que la stratégie art-thérapeutique ait créé un sentiment d'auto-efficacité bénéfique à la force motivationnelle.

Une autre évolution importante de notre évaluation est remarquable dans la nature des actions adoptées par les patients pour maintenir leur engagement : l'aspect relationnel des "solutions" est très présent et permet aux forces comportementale et cognitive de se maintenir (tableau 8). Le fait de garder le lien avec l'art-thérapeute est notable (qu'il soit physique ou téléphonique en cas d'impossibilité de venir à la séance). La sollicitation des autres professionnels en cas de problème dans le projet de soin est également observable.

Le modèle de Brault-Labbé nous permettait d'envisager l'engagement psychologique et corporel du patient considéré dans son individualité. Il s'avère, si on regarde nos résultats, que l'engagement dans le projet de soin est avant tout relationnel, c'est-à-dire qu'il existe dans le rapport à l'Autre. L'équipe de l'UAC relève à ce sujet qu'un déterminant essentiel de la bonne santé du patient réside dans sa capacité à se saisir du soutien proposé, à répondre à sa maladie par une sollicitation autonome et responsable des soignants.

Nous pouvons donc valider en partie notre seconde sous-hypothèse en ces termes : le travail art-thérapeutique orienté vers la restauration des fonctions exécutives, même s'il n'a pas permis une amélioration effective des fonctions exécutives hors séance, participe au maintien d'un engagement relationnel dans le projet de soin du patient.

2. Des études scientifiques montrent que l'engagement peut être influencé par d'autres composantes de l'accompagnement art-thérapeutique

Le tableau suivant fait la synthèse de 3 études axées sur l'influence de composantes du suivi art-thérapeutique sur l'engagement du patient :

Tableau 9 : présentation de 3 études relatives à l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement du patient

Etude	Année	Intérêt(s)
Mémoire de D. Dewachter[20]	2011	Apports de l'Art-thérapie sur l'engagement relationnel de la mère auprès de son enfant. Les composantes des arts visuels permettent notamment de restaurer une identité maternelle défaillante en favorisant la communication non verbale dans la relation mère-enfant
Mémoire de C. Oppert[21]	2011	Effets d'entraînement et relationnel de l'écoute musicale sur les malades en unité de soins palliatifs : la stimulation musicale par le jeu de l'art-thérapeute favorise notamment la poussée corporelle et l'implication relationnelle chez certains malades
Article scientifique de C. Trevarthen[22]	2002	Impact de la musicothérapie sur le fonctionnement mental d'enfants autistes : la musique, par le principe de sympathie*, encourage notamment les capacités communicationnelles des enfants et favorise ainsi l' engagement relationnel

20. DEWACHTER, Delphine. *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts visuels, dans un Centre Maternel Départemental, peut aider les mères à mieux préparer, soutenir et développer le lien ou les interactions avec leur bébé.* Faculté de Médecine de Tours. 1 vol. 50p. Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie. 2011

21. OPPERT Claire. *Expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une Unité de soins palliatifs.* Tours. Faculté de médecine de Tours. 1 vol. 70 p. Mémoire de fin d'études du D.U d'art-thérapie de la Faculté de médecine de Tours : Tours : 2011

22. TREVARTHEN, Colwyn. Autism, sympathy of motives and music therapy. Enfance. 2002/1, vol 54, p 86-99

G. Le maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin peut être impacté par la qualité de la relation art-thérapeutique

1. L'investissement relationnel du patient dans le suivi art-thérapeutique semble influencer le maintien d'un engagement relationnel dans son projet de soin

L'accompagnement art-thérapeutique axé sur l'amélioration des fonctions exécutives a permis d'amorcer une hausse significative pour les trois patients en séance : des stratégies d'adaptation relationnelle en augmentation (tableau 7) et ce, même lorsque la compétence technique n'est pas acquise et que cela empêche une adaptation psycho-corporelle cohérente. Ce constat nous amène à envisager que l'investissement relationnel du patient dans le suivi art-thérapeutique influencerait le maintien d'un engagement relationnel dans le projet de soin.

Par investissement relationnel, nous entendons une définition influencée par Freud[23]. Il serait l'énergie pulsionnelle par laquelle l'individu cherche à donner de soi dans la relation, à y faire exister sa personnalité* pour en retirer un bénéfice. Il correspond pour nous à l'adaptation relationnelle, l'investissement relationnel étant cette application par le patient de stratégies pour se distinguer dans la relation à l'Autre, à y faire exister sa subjectivité.

En se fondant sur la théorie de l'esprit, D. Le Gall (et col.)[24] prend quant à lui en considération le fait qu'il puisse y avoir une indépendance de fonctionnement au niveau neuropsychologique entre les compétences psycho-sociales* et les fonctions exécutives. Ainsi, en situation d'interaction sociale, une personne peut être à même d'utiliser sa cognition sociale* pour résoudre un problème, quand bien même un trouble dysexécutif existerait.

2. Le besoin d'appartenance sociale[25] et l'appétence relationnelle du patient conditionnent la stratégie art-thérapeutique pour renforcer l'engagement dans le projet de soin

Repéré dans la sollicitation par le patient des acteurs du soin face aux difficultés de la vie, ce besoin d'interaction sociale peut répondre à une angoisse de solitude importante chez notre public et à un besoin de se redéfinir dans l'espace social aux lendemains d'une consommation stigmatisante. D. Pringuey dans son article[26] insiste sur la nécessité pour le patient alcoolo-dépendant de pouvoir s'identifier à des groupes sociaux en regagnant la confiance dans le communautaire. A. Gormley[27] fait ressortir par ailleurs l'importance du réseau social de soutien dans le rétablissement des personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes.

Cette appétence relationnelle du public est un atout en Art-thérapie. La présente étude met en évidence que l'accompagnement art-thérapeutique a permis l'émergence de stratégies relationnelles dominantes pouvant influencer le maintien d'un engagement aux soins. L'art-thérapeute peut créer les conditions nécessaires pour renforcer ces habiletés relationnelles de la personne. Des pistes d'action art-thérapeutiques peuvent ainsi être envisagées par l'intégration du patient à un groupe art-thérapeutique en complément de son suivi individuel :

Tableau 10 : programme d'intervention art-thérapeutique en groupe

Objectif thérapeutique général = Développer des stratégies d'adaptation relationnelle		
Objectifs intermédiaires	**Habiletés relationnelles visées**	**Moyens**
1/ Valoriser les relations interpersonnelles	• Savoir échanger verbalement sur ses goûts et préférences esthétiques	Contemplation collective d'une oeuvre ; Action

23. FREUD, Sigmund. Métapsychologie. Paris. Gallimard, 1986
24. LE GALL, Didier (et col.). Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. Revue de neuropsychologie, 2009/1, Vol 1, p 23-24
25. Cf. annexe 1
26. PRINGUEY, Dominique.Une phénoménologie de la dépendance à l'alcool. Une expérience primordiale de la "nostrité". Evolution psychiatrique, vol. 70, n°4, 2005
27. GORMLEY, Amélie. *Intervenir auprès d'adultes dépendants à l'alcool ou aux drogues ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes point de vue de l'usager et de l'intervenant*. 1 vol. 138 p. Mémoire de maitrise de psychoéducation. Université de Sherbrooke : 2012

2/ Faciliter une communication efficace	• Développer le langage non verbal* et hors-verbal*	conjointe autour d'exercices collectifs
3/ Développer la confiance en l'Autre	Savoir s'appuyer sur les compétences de l'Autre dans la réalisation d'une intention esthétique de groupe	Action concertée ; accès aux techniques artistiques liées à l'intention collective
4/ Permettre l'affirmation de soi dans le respect de l'Autre	• Savoir exprimer des émotions et des ressentis en groupe • Développer la faculté critique	Production commune où chacun occupe une place et joue un rôle
5/ Enrichir la qualité du lien social à l'extérieur	Trouver une reconnaissance sociale* extérieure à l'atelier	Transmission de la production hors atelier

CONCLUSION

La présente étude cherchait à évaluer l'impact de l'Art-thérapie sur le maintien de l'engagement psycho-corporel du patient sevré dans son projet de soin par la restauration des fonctions exécutives défaillantes.

Au regard de nos résultats, on peut dire qu'il existe bien une influence de l'Art-thérapie sur l'amélioration des fonctions exécutives tout du moins dans le cadre de l'atelier art-thérapeutique. Même si cette progression ne semble pas s'étendre hors séance, la stratégie de l'art-thérapeute de valoriser des stratégies d'adaptation psycho-corporelle et relationnelle a permis d'avoir un impact sur l'engagement du patient dans son projet de soin.

L'engagement en question se fonde sur un sentiment d'auto-efficacité influençant la motivation aux soins. Il se manifeste à travers la persistance des objectifs de soins et des actions ainsi qu'une réactivité des patients pour faire face à leurs difficultés.

L'engagement remarqué a été qualifié de "relationnel" car correspondant à l'utilisation par le patient de réponses sociales aux difficultés liées à la tenue de ses objectifs de soin. Le besoin d'appartenance sociale du patient semble expliquer ce constat et peut motiver l'art-thérapeute à valoriser les compétences relationnelles dans un cadre collectif. Si cette dynamique individuel/groupe dans le suivi du patient reste à évaluer, elle pourrait permettre de pérenniser l'engagement relationnel entrepris par la personne.

Ainsi, notre étude met en lumière des constats intéressants qui s'appuyent sur la littérature scientifique et de précédents travaux. Elle mériterait d'être menée sur le plan longitudinal pour lui donner une assise empirique pouvant conforter nos constatations.

Par ailleurs, elle contribue à montrer que l'Art-thérapie s'adjoint aux autres accompagnements qui considèrent l'accession active à un plaisir personnel comme prioritaire en addictologie. Ainsi, si l'amélioration des fonctions exécutives semble influencer l'engagement, il faut signaler l'importance du plaisir ressenti par les patients qui en témoignent lors des séances. Les fiches d'observation individuelles confirme ce constat.

Afin de fédérer l'accompagnement pluridisciplinaire autour de cet objectif d'accession à un plaisir réinvesti, un programme d'éducation thérapeutique du patient, envisagé dans la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" de 2009, pourrait être élaboré et appliqué. Comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé[28], ce type de programme vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Une coordination pluri-disciplinaire est envisageable dans cette optique : elle pourrait contribuer au renforcement de l'engagement de la personne en sevrage dans un projet de soin visant la pérennité de sa bonne santé.

28. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé : "http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf" [consulté le 15 septembre 2016]

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

• **Schéma 1** : synthèse du modèle théorique de l'engagement de Anne Brault-Labbé **2**
• **Schéma 2** : influence du trouble dysexécutif sur l'engagement du patient **3**
• **Schéma 3** : processus de renforcement art-thérapeutique des fonctions exécutives **5**

• **Tableau 1** : présentation de 2 études relatives à l'impact des troubles neuropsychologiques sur le maintien de l'engagement du patient dans son projet de soin **3**
• **Tableau 2** : articles scientifiques relatifs à l'impact de l'art-thérapie sur les fonctions exécutives **4**
• **Tableau 3** : critères d'inclusion et d'exclusion propres à l'étude **6**
• **Tableau 4** : démarche et organisation de l'étude **6**
• **Tableau 5** : protocoles art-thérapeutiques des soins individuels des patients de l'étude **7**
• **Tableau 6** : synthèse du déroulement des prises en charge des patients de l'étude **9**
• **Tableau 7** : résultats et commentaires de la mesure des fonctions exécutives **10**
• **Tableau 8** : résultats de la mesure de l'engagement dans le projet de soin **10**
• **Tableau 9** : présentation de 3 études relatives à l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement du patient **13**
• **Tableau 10** : programme d'intervention art-thérapeutique en groupe **14**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Monographies :

• BAUMEGARTEN, Alexander-Gottlieb. Esthétique; méditations philosophiques sur quelques sujets se rapportant à l'essence du poème et de la métaphysique. Paris. L'Herne, 2001

• FORESTIER, Richard. Tout savoir sur l'art-thérapie. 5ème édition. Paris. Edition Favre, 2012

• FORESTIER, Richard. Tout savoir sur la musicothérapie. Paris. Edition Favre, 2011

• FREUD, Sigmund. Métapsychologie. Paris. Gallimard, 1986

• FRIT, Elisabeth. L'alcool, toi, moi et les autres. Paris. Editions de la tempérance, collection dépendance et liberté, 2007

• GEBEROVICH, Fernando. No satisfaction, psychanalyse du toxicomane. Paris. Edition Albin Michel, 2003

• GOFFMAN, Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicaps. Paris. Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », 1975

• KANT Emmanuel. Le jugement esthétique. Paris. PUF, 1991

• MASLOW, Abraham. Motivation and personality. New York. Harpercollins College Div, 1954

Articles :

• AMRHEIN Paul (et col.). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003, n°71, p 862-878

• BEAUNIEUX hélène (et col.). Troubles neuropsychologiques dans l'alcoolo-dépendance : l'origine de la rechute ? Revue de neuropsychologie. 2013/3, vol. 5, p 159-165

• BRAULT-LABBÉ Anne, DUBBE Lise. Mieux comprendre l'engagement psychologique : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif. Les cahiers internationaux de psychologie sociale. 2009/1 : presses universitaires de Liège, n°81, p 115-131

• Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Revue Alcoologie et addictologie. 2014 : Editions PRINCEPS, n°36, p 335-373

• LE GALL, Didier (et col.). Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. Revue de neuropsychologie. 2009/1, Vol 1, p 23-24

• NOEL Xavier, BREVERS Damien, BECHARA Antoine. A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. Revue current opinion in neurobiology. 2013, n°23(4), p 632-638

• PELLECCHIA, Alessandra. Entre cognition et émotion : les potentialités de l'art dans l'éducation thérapeutique. Pédagogie médicale. 2006, vol. 7, n° 2, p 101-109

• PLATEL, Hervé. Art-thérapie et démences : apports de la neuropsychologie. Revue de neuropsychologie. 2011/4, vol. 3, p 205-206

• PRINGUEY, Dominique. Une phénoménologie de la dépendance à l'alcool. Une expérience primordiale de la "nostrité". Evolution psychiatrique. vol. 70, n°4, 2005

• RICCI-BOYER Laetitia (et col.). Evaluation de l'intérêt de la prise en charge par l'art-

thérapie de personnes alcooliques hospitalisées pour un sevrage. Présentation de deux études de cas. Bulletin spécial de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg. 2008/1, p 229-238

• TREVARTHEN, Colwyn. Autism, sympathy of motives and music therapy. Enfance. 2002/1, vol 54, p 86-99.

Rapports, mémoires et thèses:

• DEWACHTER, Delphine. *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts visuels, dans un Centre Maternel Départemental, peut aider les mères à mieux préparer, soutenir et développer le lien ou les interactions avec leur bébé.* Faculté de Médecine de Tours. 1 vol. 50p. Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie. 2011

• GORMLEY, Amélie. *Intervenir auprès d'adultes dépendants à l'alcool ou aux drogues ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes : point de vue de l'usager et de l'intervenant*. Université de Sherbrooke. 1 vol. 138 p. Mémoire de maitrise de psychoéducation. 2012

• MONNEY, Grégoire. *Habiletés sociales et addictions : enjeux d'un groupe d'affirmation de soi dans le programme de traitement d'un hôpital de jour*. Université de Genève. Mémoire de maitrise en évaluation et intervention psychologiques. 2009

• OPPERT, Claire. *Expérience d'Art-thérapie à dominante musicale dans une Unité de soins palliatifs.* Tours. Faculté de médecine de Tours. 1 vol. 70 p. Mémoire de fin d'études du D.U d'art-thérapie de la Faculté de médecine de Tours. 2011

• SALKIN, Victoire. *Influence de l'écoute de musique sur les performances exécutives chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer*. Angers. Département de psychologie de la faculté de lettres, de langues et de sciences humaines. 1 vol. 41p. Master de recherche en psychologie. 2013

• THOMASSIN-HAVET, Valerie. *Théorie de l'esprit et lobe frontal : contributions de la neuropsychologie clinique.* Angers. Ecole doctorale d'Angers. 1 vol. 215p. Thèse de doctorat spécialité neuropsychologie. 2007

Sites web (consultés pour l'étude) :

• Site de la fédération des addictions. Disponible sur le World Wide Web : http://www.federationaddiction.fr/

• Site de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Disponible sur le World Wide Web : http://inpes.santepubliquefrance.fr/

• Site de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Disponible sur le World Wide Web : http://www.anesm.sante.gouv.fr/

• Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.Disponible sur le World Wide Web : http://www.inserm.fr/

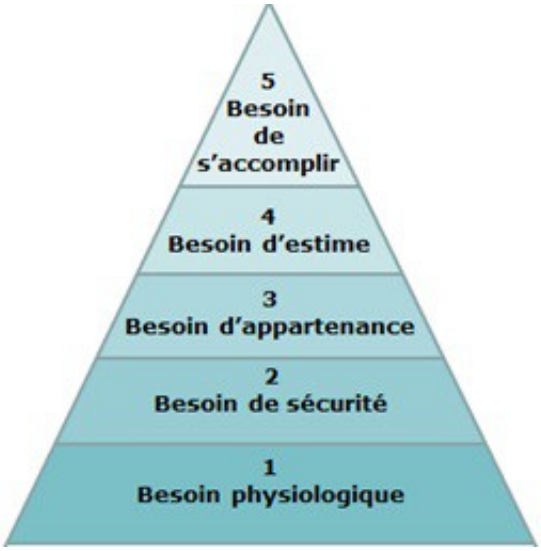
• Site de l'Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine. Disponible sur le World Wide Web : http://art-therapie-tours.net/

• Site de la Haute Autorité de Santé (recommandations relatives à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique) :
"http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf"

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Pyramide de Maslow commentée

Développée dans l'ouvrage "Motivation and personnality" (cf. références bibliographiques), la pyramide des besoins est une hiérarchisation de besoins humains conceptualisée par Abraham MASLOW. Elle permet de classer les besoins humains par ordre d'importance en 5 niveaux. Ce classement correspond à l'ordre dans lequel ils apparaissent à l'individu. La satisfaction des besoins d'un niveau engendrant les besoins du niveau suivant, l'idée est qu'on ne peut agir sur les motivations "supérieures" d'une personne qu'à la condition expresse que ses motivations primaires (besoins physiologiques et de sécurité) soient satisfaites.



1 : Besoins directement liés à la survie de l'individu ou de l'espèce Ce sont typiquement des besoins concrets (manger, boire, se vêtir, se reproduire, dormir...)

2 : Besoins provenant de l'aspiration de chacun d'entre nous à être protégé physiquement et moralement (sécurité morale et psychologique, sécurité physique, stabilité familiale et matérielle)

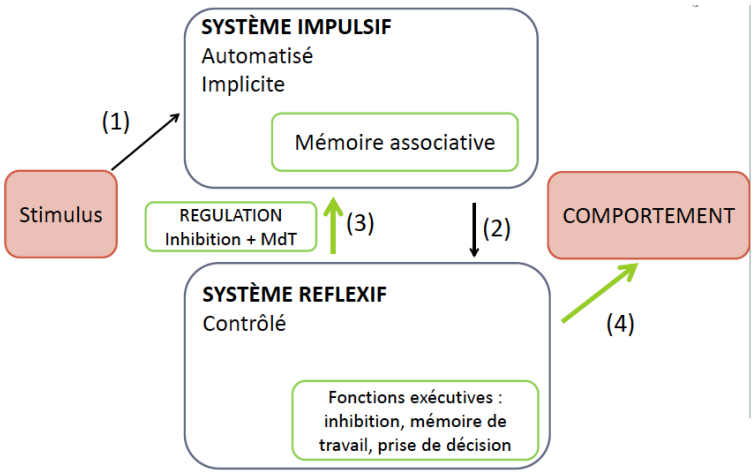
3 : Besoins d'amour et de relation des personnes (aimer et être aimé, relations intimes, intégration à des groupes sociaux, se sentir accepté)

4 : Besoins de considération, de réputation et de reconnaissance, de gloire ... de ce qu'on est par les autres ou par un groupe d'appartenance (gratifications accordées à la personne)

5 : Besoin de se réaliser, d'exploiter et de mettre en valeur son potentiel personnel dans tous les domaines de la vie

<u>Annexe 2</u> : Schématisation de l'approche de X. Noël de l'influence du trouble dysexécutif chez le patient alcoolo-dépendant

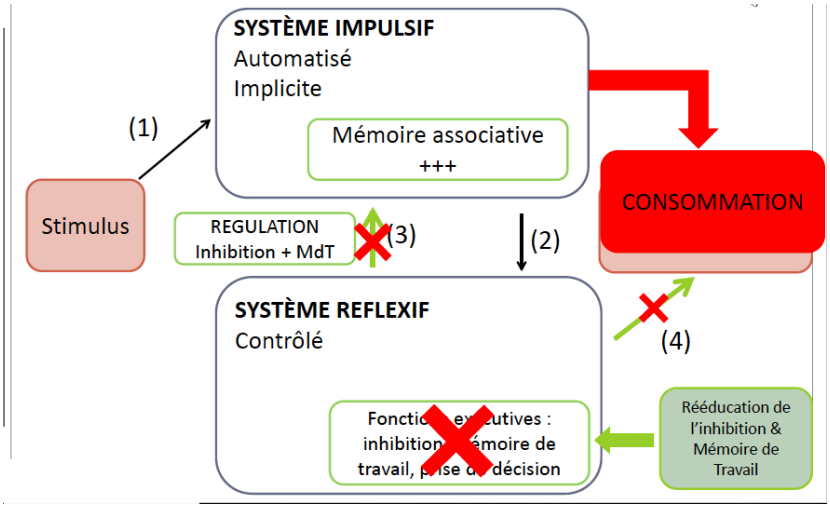
Modélisation du comportement de consommation chez le sujet sain



Le système réflexif va venir réguler le système impulsif en traitant l'information issue du stimulus. L'harmonie des 2 systèmes fonctionnels humains va permettre un ajustement du comportement et son adaptation aux réalités environnementales.

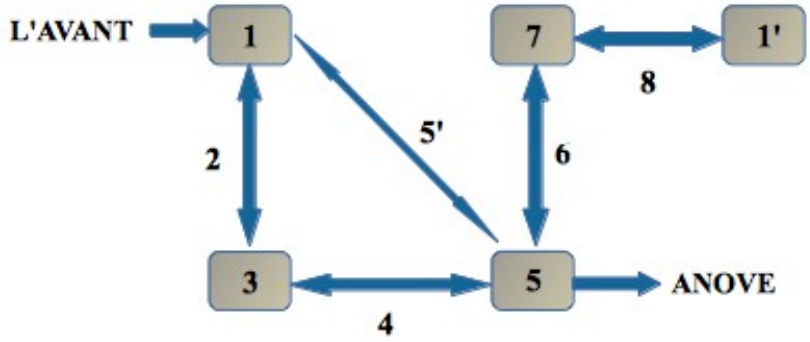
Modélisation du comportement de consommation chez le sujet alcoolo-dépendant

Le système réflexif défaillant empêche un traitement efficace du stimulus du fait d'une altération des fonctions exécutives. Le système impulsif, en l'absence d'une régulation optimale, peut conduire à une consommation incontrôlée



<u>Annexe 3</u> : Schéma et légende de l'opération artistique

Conceptualisée par R. Forestier dans son ouvrage "Tout savoir sur l'Art-thérapie" (cf. références bibliographiques), l'opération artistique est l' organisation de l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique, représentée sous la forme d'un schéma opérationnel. L'opération artistique est un outil d'analyse pour l' art-thérapeute car elle lui permet de comprendre la dimension humaine observable dans le phénomène artistique.



Mécanisme humain de l'opération		Définition
L'avant		Contexte socio-culturel de la personne
1	L'accident spacio-temporel	Il s'agit de l'oeuvre d'art. C'est une chose artistique du monde qui rayonne et peut être captée
2	Rayonnement et captation	C'est l'étape qui fait le lien entre l'oeuvre d'art et l'être humain : l'oeuvre rayonne et peut être captée par les organes sensoriels de l'être humain
3	Traitement archaïque de l'information	Traitement brut et neurologique de l'information par la personne : l'information est traitée par le système limbique ce qui donne naissance au ressenti corporel
4	Traitement mental (ou sophistiqué) de l'information	Traitement cortical de l'information (mémoires, connaissances, souvenirs, sentiments…) : c'est la phase d'intentionnalité au regard des ressentis corporels de la personne
5	Elan / poussée corporelle	L'élan est le mouvement intérieur suscité par un sentiment vif qui pousse à agir d'une certaine manière. La poussée corporelle est la mobilisation du corps moteur en réponse à l'élan
5'	Contemplation	Intérêt porté à l'oeuvre d'Art visant la gratification sensorielle
AVNOE		ActiVité Non Orientée vers l'Esthétique
6	Action	Phase de l'utilisation des techniques artistiques et du savoir-faire corporel en vue de la réalisation de l'activité artistique
7	Production	Phase de l'émergence du résultat de l'activité artistique de la personne : c'est le rapport existant entre le fond (goûts, préférences,...) et la forme (aspect matériel concret)
8	Traitement mondain	C'est la phase où la production est soumise au regard de l'Autre
1'	Nouvelle oeuvre d'art	L'oeuvre s'impose comme oeuvre d'art et devient un nouvel accident spatio-temporel

Annexe 4 : Fiche d'observation-type

Nom, prénom :	**Date :**	**Séance n° :**
Objectifs:		

Descriptif :	**Analyse :**
	Variation du nombre et de la nature des faisceaux d'items en fonction de la stratégie thérapeutique et des changements observés dans la prise en charge

Evaluation individuelle (cotation des items)

Faisceau 1	Item 1		Faisceau 2	Item 1		Faisceau 3	Item 1		faisceau 4	Item 1	
	item 2			item 2			item 2			item 2	
	Item 3			Item 3			Item 3			Item 3	
	Item 4			Item 4			Item 4			Item 4	
	Moyenne d'items			Moyenne d'items			Moyenne d'items			Moyenne d'items	
Faisceau 5	Item 1		Faisceau 6	Item 1		Faisceau 7	Item 1		Faisceau 8	Item 1	
	item 2			item 2			item 2			item 2	
	Item 3			Item 3			Item 3			Item 3	
	Item 4			Item 4			Item 4			Item 4	
	Moyenne d'items			Moyenne d'items			Moyenne d'items			Moyenne d'items	

Projections :

<u>Annexe 5</u> : Faisceaux d'items relatifs à l'évaluation des fonctions exécutives dans la recherche esthétique

Planification de l'action

Capacités à différer ses attentes	1. Veut arriver à un résultat satisfaisant tout de suite 2. Veut arriver à un résultat satisfaisant après 2 essais 3. Veut arriver à un résultat satisfaisant après plus de 2 essais 4. Veut arriver à un résultat satisfaisant pour la fin de la séance 5. Veut arriver à un résultat satisfaisant après plusieurs séances
Persistance de ses objectifs	1. Change d'objectifs à chaque séance 2. Tient ses objectifs sur 2 séances 3. Tient ses objectifs sur 3 séances 4. Tient ses objectifs sur 4 séances 5. Tient ses objectifs sur plus de 4 séances
Capacités de mémoire de travail	1. N'arrive pas à reproduire ce qu'il vient de faire 2. Arrive à reproduire ce qu'il vient de faire après de nombreuses tentatives 3. Arrive à reproduire ce qu'il vient de faire après 2 tentatives 4. Arrive à reproduire ce qu'il vient de faire après une tentative 5. Arrive à reproduire ce qu'il vient de faire de suite
Prise de décisions	1. Jamais 2. Rares (< *ou* = 2) 3. Quelques reprises (3-4) 4. À de nombreuses reprises (4-5) 5. Souvent (>5)

Adaptation psycho-corporelle face aux difficultés

Attitude face aux difficultés de réalisation	1. Abandonne sans recherche de solution 2. Cherche à résoudre le problème sur un temps très court 3. Cherche à résoudre le problème sur un temps court 4. Cherche à résoudre le problème sur un temps long 5. Cherche à résoudre le problème sur un temps très long
Volonté d'apprentissage	1. N'a aucune demande technique 2. Demande une information technique sans application 3. Demande des informations techniques sans application 4. Demande une information technique et l'applique 5. Demande des informations techniques et les applique
Qualité des ajustements de la structure corporelle au but fixé	1. Aucun ajustement acté 2. Des ajustements inadéquats uniquement 3. Des ajustements majoritairement inadéquats 4. Ajustements adéquats = ajustements inadéquats 5. Ajustements exclusivement adéquats
Fréquence de répétion d' erreurs	1. Répète les mêmes erreurs systématiquement 2. Répète souvent les mêmes erreurs 3. Répète des erreurs mais corrige parfois 4. Répète des erreurs mais corrige systématiquement 5. Ne répète pas les mêmes erreurs

Adaptation relationnelle face aux difficultés

Demande de faire avec l'AT en cas de difficulté	1. Jamais 2. Rares (< *ou* = 2) 3. Quelques reprises (3-4) 4. À de nombreuses reprises (4-5) 5. Souvent (>5)
Communication non verbale avec l'AT pendant l'action (regards)	1. Ne regarde pas l'AT 2. Regarde une fois l'AT 3. Regarde l'AT à 2 reprises 4. Regarde l'AT à 3 reprises 5. Regarde l'AT à plus de 3 reprises
Changement de posture corporelle	1. Aucun changement acté 2. Se tourne vers l'AT sans changer de place 3. Se rapproche un peu de l'AT 4. Se positionne à côté de l'AT 5. Se positionne face à l'AT
Fait des propositions avec spontanéité	1. Ne fait pas de proposition 2. Fait des propositions sur sollicitations répétées de l'AT 3. Fait des propositions suite à une sollicitation de l'AT 4. Fait des propositions spontanément et sur sollicitation 5. Ne fait que des propositions spontanées

<u>Annexe 6</u> : Test BEARNI (version cognitive utilisée pour l'étude, sans test d'ataxie en équilibre)

NOM : **Prénom :**

Date de naissance (âge) : **Années de scolarité :**

Date de l'examen :

I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne

1er rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.

2ème rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.

(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : 1 minute. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation

Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	***Liste parallèle***	**Rappel libre 1**	**Rappel libre 2**
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
				Pas de points

III- FLUENCES ALTERNÉES

Consigne

Je vous demande de me donner le plus de noms que vous connaissez dans les catégories des couleurs et des noms de ville communes ou village, pendant 2 minutes sans vous répéter. Vous devrez alterner les deux catégories, vous me donnerez d'abord une couleur, puis un nom de ville, une couleur, un nom de ville, etc… Je ne vous demande pas de faire un lien entre les villes et les couleurs.

(Noter toutes les réponses du sujet, y compris celles qui ont déjà été données et les erreurs).
Arrêt de l'épreuve au bout de deux minutes.

Cotation

0 point si entre 0 et 4 mots (alternance et catégorie respectées)
1 point si entre 5 et 9
2 points si entre 10 et 14
3 points si entre 15 et 19
4 points si entre 20 et 24
5 points si entre 25 et 29
6 points si ≥30

Score total : maximum 6 points

les déclinaisons de couleurs sont autorisées. Exemple: bleu turquoise, bleu marine,… Les erreurs de catégorie correspondent à tous les mots fournis n'étant ni des couleurs, ni des noms de villes. Les erreurs d'alternance correspondent à la production de deux mots dans la même catégorie (lorsque le sujet fournit deux noms de villes ou deux couleurs à la suite).

Exemple de cotation : si le patient fournit les mots « Paris ; vert ; Angers ; Caen ; bleu ; Rouen ; orange », 7 mots sont fournis mais il y a une erreur d'alternance (deux noms de ville à la suite : Angers ; Caen). Ainsi, 6 mots corrects sont fournis car Caen ; bleu sont considérés comme des mots correctements fournis car catégorie et alternance respectée.

FLUENCES ALTERNÉES
Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes
Score total (score max 6) :

IV- ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne

Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation

0,5 point par essai correctement rappelé

Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	**Note**
1/ Essai 1 : V-K *(K-V)* Essai 2 : U-T *(T-U)*	
2/ Essai 1 : R-H-L *(H-L-R)* Essai 2 : I-F-B *(B-F-I)*	
3/ Essai 1 : A-X-T-H *(A-H-T-X)* Essai 2 : L-G-R-U *(G-L-R-U)*	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V *(G-I-N-P-V)* Essai 2 : Q-O-J-D-E *(D-E-J-O-Q)*	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S *(C-E-H-S-T-V)* Essai 2 : L-T-A-D-R-I *(A-D-I-L-R-T)*	
Score total (score max 5) :	

IV- ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne

Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation

0,5 point par essai correctement rappelé

Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	**Note**
1/ Essai 1 : V-K *(K-V)* Essai 2 : U-T *(T-U)*	
2/ Essai 1 : R-H-L *(H-L-R)* Essai 2 : I-F-B *(B-F-I)*	
3/ Essai 1 : A-X-T-H *(A-H-T-X)* Essai 2 : L-G-R-U *(G-L-R-U)*	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V *(G-I-N-P-V)* Essai 2 : Q-O-J-D-E *(D-E-J-O-Q)*	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S *(C-E-H-S-T-V)* Essai 2 : L-T-A-D-R-I *(A-D-I-L-R-T)*	
Score total (score max 5) :	

V- CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Consigne

À l'intérieur de chacune des figures complexes sont cachées deux figures simples. Je vous demande d'essayer de retrouver, parmis les 5 figures de droite, quelles sont les deux figures cachées. *(Préciser au sujet que les formes à découvrir sont de même taille et de même forme/orientation)*

(Montrer un exemple avec la figure d'exemple.) Vous voyez ici par exemple dans cette figure, on peut retrouver celle-ci (1ère figure) ici et celle-ci ici (2ème figure).

Durée maximum : 1 minute par figure.

Pour chacune des figures, l'épreuve s'arrête après 1 minute même si le patient n'a pas retrouvé les deux éléments de la figure complexe.

Cotation

1 point si le sujet trouve les deux figures cachées.

0 point si le sujet ne trouve qu'une figure ou aucune sur les deux.

Score total : maximum 5 points

Bonnes réponses :

Figure complexe 1 : figures 1 et 3
Figure complexe 2 : figures 1 et 4
Figure complexe 3 : figures 1 et 3
Figure complexe 4 : figures 2 et 4
Figure complexe 5 : figures 3 et 4

CAPACITÉS VISUO-SPATIALES
Score total (score max 5) :

Figure d'exemple

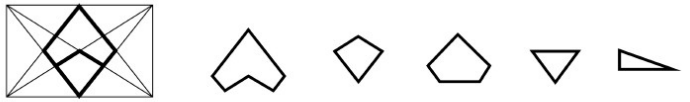


Figure 1

Figure 2

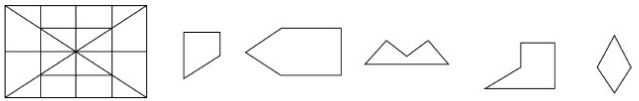


Figure 3

Figure 4

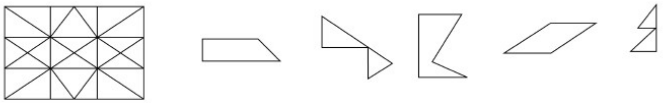
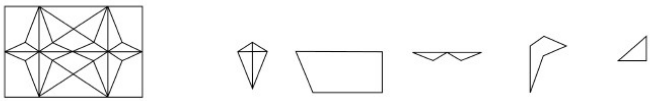


Figure 5



VI- MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

Consigne

Au début du test, vous avez appris une liste de mots. Je vous demande à présent de me redonner le plus possible de mots dont vous vous souvenez, dans l'ordre que vous voulez.

Ne pas relire la liste de mots au participant. ***(rappel : 1 minute)***

Cotation

Nombre de réponse correcte	0,5 point par réponse correcte
Nombre d'erreur (intrusion)	Retirer 0,5 point par erreur
Total	Réponses correctes - erreurs

Score total : maximum 6 points

Les erreurs d'intrusions correspondent à tous les mots produits qui n'étaient pas dans la liste de mots. Par exemple : manteau, outils, robe…

Les répétitions ne sont pas considérées comme des erreurs.

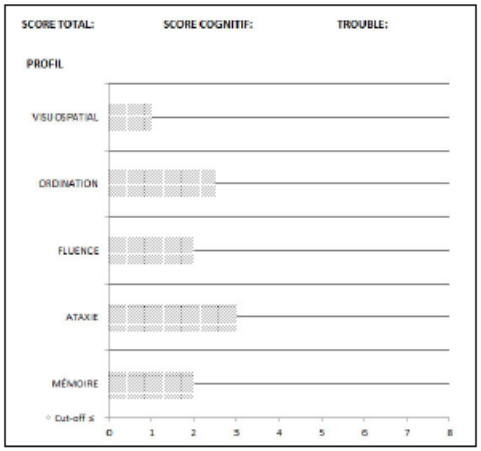
MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel différé
1.	Plage	Forêt	
2.	Tenaille	Truelle	
3.	Blouson	Chaussettes	
4.	Fleuve	Rivière	
5.	Pioche	Enclume	
6.	Jupe	Casquette	
7.	Râteau	Maillet	
8.	Montagne	Désert	
9.	Chapeau	Chemise	
10.	Bêche	Étau	
11.	Jungle	Verger	
12.	Ceinture	Gants	
Score total (score max 6) :			

SCORES TOTAUX

Additionnez les points de chacun des subtests. Le score total est de 30 points.
Il est possible de calculer un score cognitif, ne comprenant pas la cotation du subtest d'ataxie, lorsque les patients ne peuvent pas réaliser la tâche.
Ce score total est de 22 points.

Subtests	Scores patient	Note maximum	Cut-off score
Mémoire :			
➤ Mémoire verbale		Pas de points	
➤ Mémoire verbale différée		6	≤ 2
Ataxie en équilibre		8	≤ 3
Fluence alternée		6	≤ 2
Ordination alphabétique		5	≤ 2,5
Capacités visuospatiales		5	≤ 1
SCORE TOTAL		30	
SCORE COGNITIF		22	



Cut-off scores des scores totaux

Étant donné que les scores totaux du BEARNI sont influencés par le nombre d'années de scolarité, les cut-offs ont été adaptés.
Le baccalauréat correspond à 12 années d'études (ne pas compter les redoublements ni la maternelle).

		SCORE TOTAL	SCORE COGNITIF
≤ BAC	Trouble léger	≤ 19	≤ 15
	Trouble modéré	≤ 16	≤ 11,5
> BAC	Trouble léger	≤ 21	≤ 16
	Trouble modéré	≤ 17	≤ 12,5

Annexe 7 : Fiche d'observation de l'engagement du patient dans son projet de soin

Nom : ..... **Prénom :** .....

Date : .....

Force motivationnelle (enthousiasme)

Quel est l'objectif de votre projet de soin ? _____

En lien avec cet objectif, merci de coter de 1 à 10 les affirmations suivantes (1 correspondant à "surement" et 10 à "surement pas")

Désir	Je veux atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	J'espère atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacité	Je pourrais atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Je peux atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Raisons	J'ai de bonnes raisons d'atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	C'est important pour moi d'atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Besoin	Je dois atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	J'ai besoin d'atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intention	J'ai l'intention d'atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Je vais atteindre cet objectif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOTAL (/100)												

Forces comportementale (persévérance) et cognitive (acceptation des difficultés) :

Indicateurs				
	Actions initiées à la sortie d'hospitalisation pour poursuivre les objectifs de soin	*Description*	- - - - -	
	Réactions en lien avec les difficultés rencontrées dans le projet de soin	*Description*	*Nature de la difficulté*	*Réponse apportée*
			- - - -	- - - -

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
Faculté de Médecine de Tours

Article de fin d'études du Diplôme d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours

Soutenu le : 6 décembre 2016
Par Thomas BIRLOUET
Titre : Etude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolo-dépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives
Sous la direction de : Safia METIDJI, psychologue clinicienne

Résumé :

L'équipe de l'Unité d'Addictologie Clinique du centre hospitalier G.Dron assure le sevrage de personnes présentant une alcoolo-dépendance. Elle cherche surtout à pérenniser sa bonne santé en l'engageant durablement dans un projet de soin personnalisé. L'altération des fonctions exécutives d'une partie du public accueilli empêche son adaptation face aux difficultés du quotidien et risque de compromettre cet engagement après l'hospitalisation.

L'étude ambitionne d'évaluer l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans le projet de soin de personnes sevrées présentant un trouble dysexécutif. L'hypothèse est qu'en oeuvrant à la restauration des fonctions exécutives sur la base des compétences préservées du patient, l'Art-thérapie à dominante musique permettrait de maintenir l'engagement dans le projet de soin.

Trois patients ont été accompagnés en ambulatoire entre juin et mi-septembre 2016. Les résultats révèlent que l'Art-thérapie a permis d'encourager des stratégies d'adaptation face aux difficultés rencontrées en séance et d'induire ainsi un sentiment d'auto-efficacité. Cet effet a contribué au maintien d'un engagement dans le projet de soin qui peut être qualifié de relationnel étant donné la nature sociale des solutions adoptées par le patient pour poursuivre ses objectifs de soin. L'étude ouvre sur l'intérêt pour les patients de développer des compétences sociales déterminantes pour le maintien de leur engagement aux soins. A ce titre, un accompagnement art-thérapeutique en groupe pourrait être associé au suivi individuel.

Mots-clés : Art-thérapie; addiction; alcool; fonctions exécutives; engagement; relation

---

Abstract:

The Clinical Addiction Unit team at the G.Dron hospital oversees the withdrawal of people with an alcohol addiction. Its goal is primarily to safeguard their health by involving them in a committed and personalised care project. However, the degradation of cognitive control among some of the public in care stands against their adaptation to everyday struggles and risk compromising their commitment beyond hospitalisation.

This study has for ambition to evaluate the impact of Art-therapy on the commitment of individuals with a dysexecutive disorder to their care project following a successful withdrawal. The hypothesis is that by striving towards the restoration of executive functions based on the remaining skills of the patient, Art-therapy with an emphasis on music would allow to maintain commitment to the care project.

To this aim, three outpatients have been monitored between June and mid-September 2016. Results show that Art-therapy has allowed to foster adaptation strategies useful in coping with difficulties met during sessions and encouraged a feeling of self-efficacy. This effect has positively contributed to commitment to a care project which can be described as relational considering the social nature of the solutions adopted by the patient in working towards their care goals. This study demonstrates the opportunity for patients to develop social skills that are crucial to their commitment to their care project over time. In this context, Art-therapy support in groups could be considered as an additional framework to individual aftercare.

Keywords: Art-therapy; addiction; alcohol; executive functions; commitment; relationship