

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TS A51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

*La place de l'art-thérapie par les arts plastiques et la
peinture, auprès de patients victimes d'un accident
vasculaire cérébral, dans un centre de rééducation et
réadaptation fonctionnelle*

Mémoire de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
Présenté par Isabelle BOUCHER-AULAGNER
Année 2018

Stage réalisé au centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle Sud Yvelines
72, rue de l'Etang de la tour
78120 RAMBOUILLET

Sous la direction de Véronique EDIERRE diplômée en médecine

Référents Universitaires, Jean Jacques GIRAUD en qualité de directeur
pédagogique
Et Benoit PAIN, en qualité de directeur pédagogique

Remerciements

« Quand on écrit, on est seul. Seul face à une page vierge d'un cahier que l'on espère remplir de mots qui feront sens. Seul face à un écran d'ordinateur, devant un fichier qui attend que nos doigts s'agitent sur le clavier. Seul face à soi-même aussi. Mais en réalité, quand on écrit, on n'est pas vraiment seul ».

Marc Fernandez, journaliste et romancier

Nous remercions tout particulièrement nos référents universitaires et directeurs pédagogiques, Monsieur le Professeur Jean Jacques Giraud et Monsieur Benoit Pain pour leurs enseignements et la richesse de cette formation. Nos remerciements vont également à l'ensemble des intervenants de l'équipe pédagogique en art-thérapie de la faculté de médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Ensuite, nous exprimons toute notre reconnaissance à l'équipe de direction du Centre de Rééducation et Réadaptation Sud Yvelines (CERRSY) de Rambouillet (78) qui a cru en nous et en notre accompagnement par l'art-thérapie. Nous remercions particulièrement Mme Dor, directrice de l'établissement, et Mme Benoit-Desmichelle, responsable des ressources humaines pour leur enthousiasme envers notre travail, Mme le Docteur Alais, médecin coordonnateur et spécialiste en Médecine Physique et réadaptation et Mme Mavou, cadre de santé, sans qui ce stage n'aurait pu se réaliser et qui nous ont accueillies très chaleureusement et ont fait preuve d'une écoute constante et bienveillante.

Nous adressons un grand merci à l'ensemble des équipes de soin et de rééducation qui ont accueilli notre pratique d'accompagnement par l'art-thérapie avec grand intérêt.

Nos remerciements s'adressent aussi aux patients du centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle sud Yvelines pour la confiance qu'ils nous ont accordée et leur investissement pendant les séances d'art-thérapie.

Nous remercions tout particulièrement Mme le docteur Edierre, médecin généraliste du centre de rééducation qui nous a accompagnées pendant la réalisation de ce mémoire de fin d'étude. Nous la remercions pour sa disponibilité, son écoute et son expertise.

Nous remercions également Mme Roland neuropsychologue du centre de rééducation, Mme le Docteur Zavanone, médecin neurologue à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière et Mme Rochard art-thérapeute à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, qui ont porté un regard objectif sur notre travail.

Nous remercions sincèrement tous les membres de cette promotion pour leur bienveillance et leur bonne humeur.

Et enfin un immense merci à notre famille et plus particulièrement à Dominique, Rosine et Anicée pour leurs encouragements, leur soutien et leur amour.

PLAN

REMERCIEMENTS	3
PLAN.....	4
PREAMBULE	6
CHAPITRE 1 INTRODUCTION	8
A. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	8
1) <i>Généralités</i>	8
2) <i>L'accident vasculaire cérébral</i>	9
<i>L'accident vasculaire cérébral ischémique :</i>	10
<i>L'accident vasculaire cérébral hémorragique :</i>	12
3) <i>Le traitement</i>	13
4) <i>Le pronostic</i>	14
B. LA PEINTURE ET LES ARTS PLASTIQUES	14
C. L'ART-THERAPIE	15
CHAPITRE 2 MATERIEL ET METHODE.....	18
A. MATERIEL	18
1) <i>Le CERRSY : CEntre de Rééducation et Réadaptation Sud Yvelines</i>	18
2) <i>L'objectif de la prise en soin : Réduire les symptômes anxieux et dépressif</i>	19
3) <i>Schéma utilisé et grilles d'observations</i>	20
<i>Schéma utilisé</i>	20
<i>Des grilles d'observation adaptées</i>	23
4) <i>Choix des patients</i>	26
5) <i>Stratégies thérapeutiques</i>	27
6) <i>Durée de la recherche</i>	28
7) <i>Retombées attendues : Améliorer l'anxiété, la dépression</i>	28
8) <i>Organisation des séances</i>	28
9) <i>Évaluation des séances</i>	29
B. METHODE.....	30
1) <i>Madame Hélène 83 ans</i>	30
2) <i>Monsieur Albert 84 ans</i>	36
3) <i>Monsieur Olivier 57 ans</i>	42
CHAPITRE 3 RESULTATS	50
A. ANALYSE DES RESULTATS DE MADAME HELENE	50
B. ANALYSE DES RESULTATS DE MONSIEUR ALBERT	53
C. ANALYSE DES RESULTATS DE MONSIEUR OLIVIER	55
CHAPITRE 4 DISCUSSION	59
A. LES BENEFICES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	59
1) <i>Les effets obtenus</i>	59
2) <i>Les effets inattendus</i>	59
3) <i>Une étude : une expérience enrichissante avec des limites</i>	60
4) <i>Limites de l'étude</i>	61
B. L'ART-THERAPIE EN REEDUCATION NEUROLOGIQUE	62
1) <i>Un stage de courte durée, un inconvénient qui devient un avantage</i>	62
2) <i>Une priorité, le bien-être du patient</i>	62
3) <i>La technique contre - productive</i>	63
C. DES PISTES D'EVOLUTION POUR L'ART THERAPIE	63
1) <i>Le lien social</i>	63
2) <i>L'expression artistique dans un projet de soin global</i>	64
D. LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ART-THERAPIE.....	65
E. LA POSTURE SOIGNANTE	65
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	68
WEBOGRAPHIE	68

GLOSSAIRE.....	71
ANNEXE 1 FICHE D'OUVERTURE	75
ANNEXE 2 FICHE D'OBSERVATION.....	76
ANNEXE3 ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE LA DEPRESSION HDRS .	77
ANNEXE 4 ECHELLE D'EVALUATION HARS	80
ANNEXE 5 ECHELLE D'ÉVALUATION FRENCHAY ARM TEST	85
ANNEXE 6 ECHELLE D'EVALUATION SYSTEME DE MESURE DE L'AUTONOMIE (COGNITION)	86
ANNEXE 7 ECHELLE D'EVALUATION DE LA NEGLIGENCE	88
ANNEXE 8 ŒUVRES DE PATIENTS	89

Préambule

Au cours de mes 24 années d'expérience dans la santé, j'ai expérimenté plusieurs orientations du métier d'infirmière en lien avec mon évolution personnelle et professionnelle.

Après une longue période en service de réanimation où j'ai perfectionné mes compétences techniques mais aussi mes capacités relationnelles en développant le respect et l'empathie auprès de patients en souffrance psychologique, j'ai ressenti le besoin de

- Soit faire de la recherche scientifique. Après avoir exercé en service de réanimation neurochirurgicale à Grenoble où j'ai découvert les talents du Professeur BENABID neurochirurgien responsable du service de neurologie. J'ai apprécié le soin aux patients nécessitant une réanimation neurochirurgicale. Comprendre le cerveau, son fonctionnement, la précision et la complexité des actes chirurgicaux me fascinait ;
- Soit transmettre mon savoir et mon savoir-faire en me dirigeant vers l'encadrement d'une équipe de soin.

Mon choix s'est finalement orienté vers l'encadrement en EHPAD*, pour accompagner les équipes soignantes dans la réalisation de soins préventifs et curatifs de qualité prodigués avec bienveillance.

J'ai animé des formations, organisé des accompagnements individuels et collectifs pour professionnaliser les équipes de soin.

Convaincue de l'intérêt des prises en soin non médicamenteuses dans l'accompagnement de la personne âgée, j'ai participé à la création d'un pôle d'activités thérapeutiques comprenant des ateliers en art-thérapie, psychomotricité et activité physique adaptée.

L'observation du bénéfice de cet accompagnement chez des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, a renforcé mon intérêt pour ces ateliers et m'a convaincue de leur utilité.

Mon manque de disponibilité auprès des résidents accompagné de conflits de valeurs dans la gestion des soins m'a poussée à me recentrer sur mes motivations profondes : le prendre soin.

Passionnée par l'art, les musées, j'ai pratiqué durant 10 ans les arts plastiques et plus particulièrement la peinture, j'ai souhaité allier ma passion à mon activité professionnelle.

Ainsi, j'ai décidé d'orienter mon parcours professionnel vers l'art-thérapie, pour continuer à accompagner des personnes en souffrance physique, psychique et ou sociale, tout en sortant d'un contexte de soin classique, et me permettre de développer de nouvelles compétences. Je réunis ainsi mon profil social et mon profil artistique pour aboutir à un épanouissement professionnel en conjuguant l'art et la médecine.

Consciente de la nécessité d'une formation complémentaire, mon observation et ma réflexion sur les effets thérapeutiques de l'art en EHPAD* m'ont conduite à opter pour la formation au Diplôme Universitaire en Art-thérapie de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Passionnée par le fonctionnement du cerveau, ses capacités d'adaptation et les neurosciences, j'ai eu la chance, dans le cadre de ma formation au Diplôme Universitaire en Art-thérapie, de réaliser un stage et mener une étude relative aux

patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux en centre de rééducation et de réadaptation.

Chapitre 1 Introduction

A. L'accident vasculaire cérébral

1) Généralités

Les Accidents Vasculaires Cérébraux sont caractérisés par la survenue brutale d'un déficit neurologique focal d'origine vasculaire.

Ils peuvent survenir à tout âge mais nous les observons dans 75% des cas chez des patients âgés de plus de 65 ans. (Neau, 2018)

Ils affectent 150 000 patients par an (un AVC* toutes les 4 minutes) en France dont 30 000 en décèderont. Ce nombre a tendance à croître en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population.

Les Accidents Vasculaires Cérébraux représentent, en France, la première cause de handicap acquis de l'adulte ; la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer ; la troisième cause de mortalité chez l'homme et première cause de mortalité chez la femme.

L'AVC* est une pathologie fréquente et grave qui constitue une urgence médicale et, parfois, chirurgicale.

L'Organisation Mondiale de la Santé projette une augmentation de l'incidence des AVC* de 16 millions en 2005 à 23 millions en 2030.

Pour toutes ces raisons, cette pathologie est un véritable problème de santé publique. Elle s'inscrit dans une démarche de santé publique qui concerne toutes les dimensions du soin : préventive, curative et de réhabilitation.

Selon le ministère de la santé, le plan AVC* 2010-2014 a permis de structurer l'intervention rapide et adaptée, en urgence, de toute suspicion d'accident vasculaire cérébral et de favoriser la limitation des séquelles par la coordination des acteurs et le développement des technologies dont la télémédecine. (Ministère des solidarités et de la santé, 2016)

En 2015, 135 unités neuro-vasculaires ont été déployées pour soigner des patients victimes d'AVC*.

Ces unités sont aussi en lien avec des structures d'urgence équipées de télémédecine.

Ces professionnels spécialisés peuvent faire un examen clinique, un diagnostic à distance et transmettre des conseils thérapeutiques aux différentes structures.

Le plan AVC* 2010-2014 a permis :

- ⊙ D'améliorer la prévention et l'information de la population.
Une campagne d'information a sensibilisé la population sur :
 - Les symptômes d'alerte afin de limiter les séquelles et leur sévérité post AVC* (plus l'intervention des secours est rapide, moins les séquelles sont importantes)
 - Les facteurs de risque d'AVC* afin de les réduire ;
- ⊙ De mettre en œuvre des filières coordonnées avec des professionnels identifiés réalisant une neuro-expertise, un bilan initial des besoins en réadaptation pour prévenir au maximum les séquelles et favoriser la réinsertion sociale ;

et développer des structures spécialisées en rééducation neurologique pour prévoir une rééducation et réadaptation les plus précoces possibles pour augmenter les progrès de récupération (reposant sur le principe de la plasticité cérébrale) ;

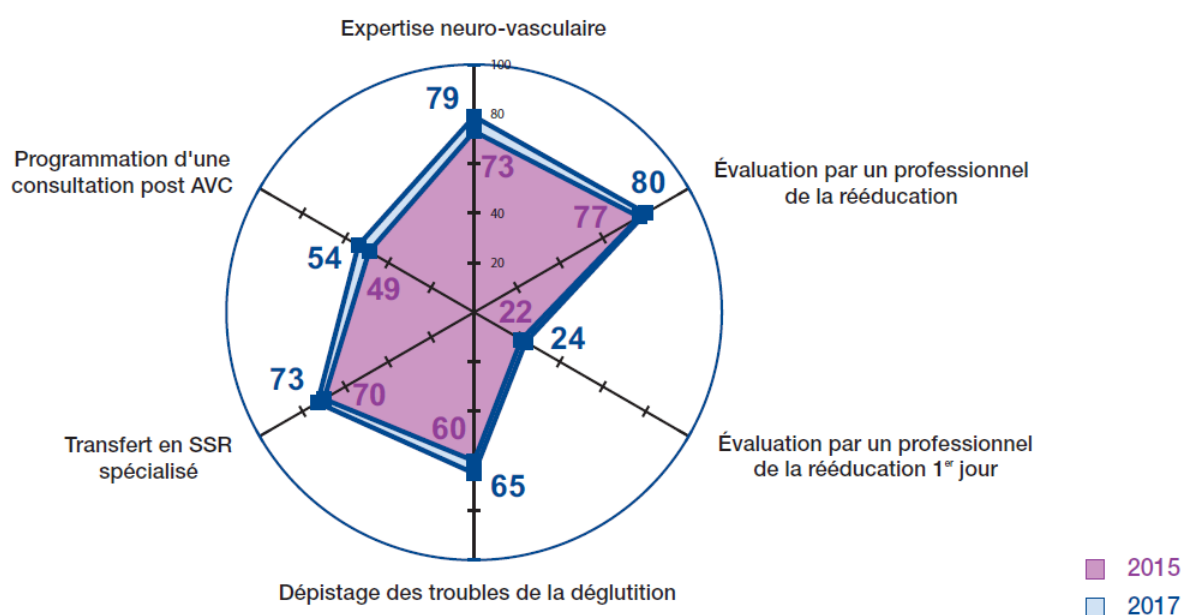
- ⊙ D'assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels impliqués ;
- ⊙ De promouvoir la recherche. (Ministère de la santé et des sports-Plan action AVC*, 2010)

Selon le rapport AVC 2017 de l'HAS*, l'accès à l'expertise neuro-vasculaire a été renforcé (139 unités neuro-vasculaire en 2017 contre 135 en 2015).

L'installation de la télémédecine s'est développée et permet le partage d'expertise neuro-vasculaire dans des délais courts, dans de nombreux territoires (88 en 2015 contre 152 en 2017).

Entre 2015 et 2017, on observe une progression de l'activité des établissements disposant de cette expertise (72,6% des patients seraient pris en charge dans un établissement disposant d'une unité neuro-vasculaire).

Tous les indicateurs recueillis en 2015 présentent de meilleurs résultats en 2017. Cependant, des marges d'amélioration existent encore.



SSR*

Figure 1: indicateurs rapport AVC 2017 HAS*

Après analyse des résultats, tous les indicateurs des établissements disposant d'une unité neuro vasculaire ou d'une télé-AVC* ont de meilleurs résultats que les établissements ne disposant pas d'UNV* ou de télé-AVC. L'inscription des patients dans une filière AVC* améliore la qualité de la prise en soin. (Haute Autorité de Santé -Rapport AVC 2017)

2) L'accident vasculaire cérébral

Il peut être d'origine ischémique dans 80% des cas ou hémorragique dans 20% des cas.

L'accident vasculaire cérébral ischémique :

Le fonctionnement cérébral nécessite un apport sanguin constant en oxygène et en glucose. En raison de l'absence de réserves d'oxygène et de glucose dans le cerveau, toute réduction aiguë du flux artériel cérébral sera responsable d'une souffrance du parenchyme* cérébral situé dans le territoire de l'artère occluse.

L'étendue de la zone ischémisée* dépendra de la mise en jeu du système de suppléances artérielles et des traitements réalisés dans un délai très court.

Ainsi, en cas d'infarctus cérébral ou AVC* ischémique, on observe une zone centrale où la nécrose s'installe immédiatement et une zone périphérique appelée « zone de pénombre » où les perturbations tissulaires sont réversibles si le débit sanguin cérébral est rétabli rapidement.

L'ischémie cérébrale peut être causée :

- ⊙ Soit par l'occlusion artérielle, dans la plupart des cas, d'une artère cervicale à destinée cérébrale ou d'une artère cérébrale.

Cette occlusion peut être due à :

- L'athérosclérose* dans les grosses artères par mécanisme thromboembolique (fragmentation et migration d'un thrombus*), par mécanisme thrombotique (occlusion au contact de la plaque d'athérome*), hémodynamique sur sténose serrée. L'athérosclérose est due à de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaire.
- Des micro-angiopathies* par occlusion d'une artériole* profonde.
- Des cardiopathies emboligènes*, conséquences d'une malformation morphologique ou fonctionnelle du myocarde

- ⊙ Soit, plus rarement, par chute de perfusion cérébrale sans occlusion, à l'occasion d'un effondrement de la pression artérielle.

On évoque un AVC* ischémique devant un déficit neurologique (perte de fonctions) focal (perte de fonction correspondant à la lésion d'une structure anatomique donnée) d'apparition brutale (survenue soudaine des symptômes).

Sa symptomatologie et sa sévérité dépendent de l'artère touchée.

N'importe quel endroit du cerveau peut être lésé.

Chaque territoire du cerveau a une fonction bien définie

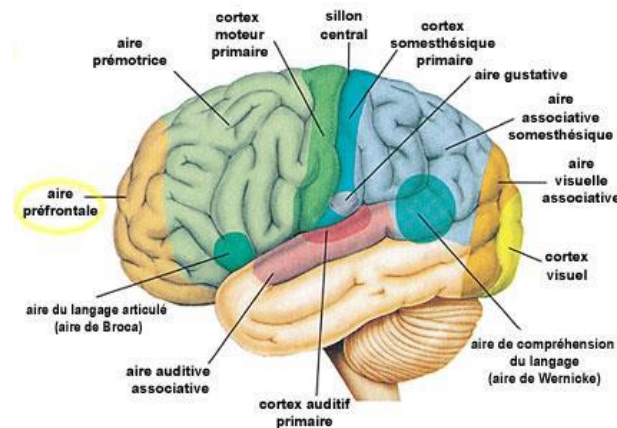


Figure 2. Localisation des fonctions du cerveau

Artère cérébrale moyenne ou artère sylvienne			Artère cérébrale antérieure	Artère cérébrale postérieure
Territoire supérieur	Artère Droite	Artère Gauche		Troubles complexes moteurs Hémianopsie* latérale homonyme controlatérale à la lésion (aire visuelle) Agnosie* visuelle et de Wernicke si atteinte à Gauche Troubles de la représentation spatiale et prosopagnosie* si atteinte à droite
	- Hémiplégie* à prédominance brachio-faciale* gauche sensori-motrice - Héminégligence* ou Négligence spatiale unilatérale - Hémianopsie* latérale homonyme	- Hémiplégie* à prédominance brachio-faciale droite sensori-motrice - Héminégligence* - Hémianopsie* latérale homonyme - Aphasie*	Hémiplégie* sensitivomotrice prédominant au membre inférieur Grasping-réflexe* Syndrôme frontal* avec adynamie*, syndrome dysexécutif*, altération des fonctions cognitives* (apraxie idéo-motrice*) Déficit membre supérieur en proximal	
Territoire profond	Hémiplégie* proportionnelle, sans atteinte sensitive (motrice pure) de tout l'hémicorps			Troubles de la sensibilité de l'hémicorps apposé (thalamus*) Douleur spontanée avec dysesthésie*
Total	Pronostic vital et fonctionnel engagé Hémiplégie* massive proportionnelle avec hémianesthésie* Aphasie* globale en cas d'atteinte de l'hémisphère majeur Déviation conjuguée de la tête et des yeux Troubles de la conscience			

Ainsi, il est possible de reconnaître les déficits neurologiques en fonction de l'artère touchée.

Le cerveau est constitué de deux hémisphères.

L'hémisphère cérébral dominant est celui dans lequel est situé le centre du langage. Souvent il s'agit de l'hémisphère gauche. Ce centre du langage est

composé de différentes régions connectées entre elles. Une lésion ischémique de l'une de ses régions entraîne des difficultés de l'expression orale. Une destruction du tissu cérébrale dont la fonction est de commander les mouvements des membres supérieurs et inférieurs entraîne une hémiplégie*.

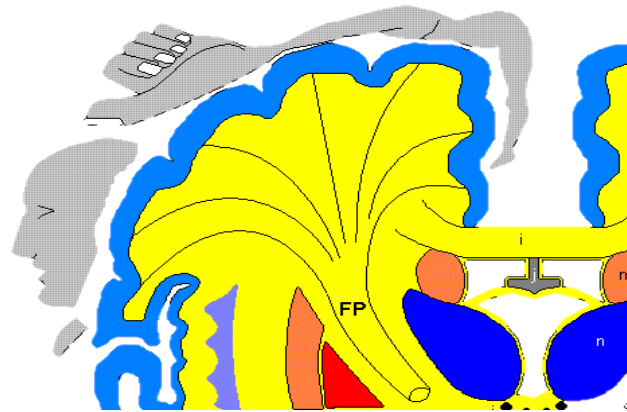


Figure 3. Aire motrice (Cours JP Neau)

Une lésion du cortex* moteur situé dans l'hémisphère gauche provoque une hémiplégie droite. Une partie des fibres nerveuses reliant le cortex cérébral moteur aux muscles croise la ligne médiane dans la partie inférieure du tronc cérébral. Ce croisement entraîne une hémiplégie* controlatérale.

On trouve une autre forme d'AVC* ischémique nommée « infarctus lacunaire ». L'état lacunaire est la conséquence de la multiplication de petits infarctus profonds. Il se caractérise par l'association d'un syndrome pseudo-bulbaire* et d'une détérioration des fonctions cognitives*.

L'accident vasculaire cérébral hémorragique :

L'accident vasculaire cérébral hémorragique est causé par la rupture d'une artère cérébrale et provoque un saignement dans le cerveau appelé hémorragie cérébrale. A l'inverse de l'infarctus cérébral, la symptomatologie ne répond pas à une systématisation artérielle. Elle dépend de la localisation intra-parenchymateuse*.

On distingue les hémorragies parenchymateuses en fonction de leur localisation :

- Les hématomes profonds
- Les hématomes superficiels ou lobaires
- Les hématomes sous tentoriels* localisés au niveau de la protubérance et du cervelet.

L'AVC hémorragique peut être dû

- Soit à l'hypertension artérielle chronique, dans 50% des cas, provoquant une rupture d'artéριοles*.
- Soit à la rupture d'une malformation vasculaire d'origine artério-veineuse, dans 5 à 10% des cas et souvent chez les sujets jeunes.

On observe la mort immédiate du patient dans 20% des cas et la mort dans le mois suivant l'accident dans 40% des cas.

- Soit à des troubles de l'hémostase*d'origine congénitale ou médicamenteuse. 10% des hémorragies intra-parenchymateuses sont liées à la prise d'anti-vitamine K* au long court ou de NACO*
- Soit à une tumeur cérébrale maligne

- Soit à une angiopathie amyloïde*

Dans le cas d'hémorragies intracérébrales, le pronostic vital et fonctionnel dépend du volume de l'hématome.

S'il est volumineux, il entraîne un coma et le pronostic vital est engagé. En cas de survie, le pronostic fonctionnel rejoint celui des hémipariés* massives.

S'il est de volume réduit, on peut espérer une bonne régression et une récupération fonctionnelle de qualité satisfaisante.

On distingue selon le territoire touché

- Une hémiparié corticale : paralysie d'intensité partielle et incomplète brachio-faciale et non proportionnelle*.
- Une hémiparié capsulaire : paralysie massive complète d'intensité totale et proportionnelle (tous les segments du membre sont atteints de la même façon).

3) Le traitement

L'accident vasculaire cérébral justifie une hospitalisation en urgence en Unité Neuro Vasculaire pour :

- ⊙ Confirmer le diagnostic. L'IRM* est l'examen de référence. Sa sensibilité est nettement supérieure à celle du scanner. Il permet de dater l'heure de survenue de l'accident grâce à plusieurs séquences.

- ⊙ Réaliser une prise en charge thérapeutique :

en cas d'infarctus cérébral :

- Une thrombolyse. La thrombolyse, aujourd'hui réalisable sur une grande partie du territoire, correspond à l'injection d'un traitement qui dissout le thrombus. Elle doit être mise en œuvre dans les 4h30 suivant le début des symptômes. Elle permet d'éviter 14 morts ou dépendance pour 100 patients quand elle est réalisée dans les 3 premières heures après la survenue des symptômes et 7 morts ou dépendance entre 3 à 4h30 après la survenue des symptômes.
- Une thrombectomie. La thrombectomie, souvent réalisée en complément d'une thrombolyse, consiste à retirer le thrombus responsable de l'obstruction de l'artère à l'aide d'un cathéter. Elle doit être réalisée dans un délai maximal de 6h après la survenue des symptômes. Le thrombus doit être situé dans l'artère carotide ou au début de l'artère sylvienne. Ces procédures combinées sont réalisées en cas d'occlusion proximale du système carotidien.
- Un traitement anti-thrombotique. Ce traitement sera réalisé après la confirmation du diagnostic en l'absence de thrombolyse.
- Une surveillance rapprochée.

en cas d'accident hémorragique :

- Un traitement médicamenteux antagoniste sera administré afin de limiter l'hémorragie, d'éviter sa diffusion et la compression du tissu parenchymateux.
- Une embolisation. L'embolisation est une intervention délicate qui consiste à obstruer complètement un anévrisme*dans une artère. Elle permet l'arrêt du saignement.
- Un traitement pour lutter contre l'hypertension intra-cranienne (complication majeure). Elle peut être liée au volume de l'hématome, à l'œdème péri-

lésionnel ou à une hydrocéphalie*. Elle doit être combattue avant l'apparition de signes d'engagement* compromettant le pronostic vital.

- Un traitement antihypertenseur pour équilibrer la tension artérielle.
- Une surveillance rapprochée.

⊙ Réaliser un bilan étiologique et éviter la récurrence.(Collège d'enseignement de neurologie « Accidents vasculaires cérébraux », 2016)

4) Le pronostic

La mortalité après un accident vasculaire cérébral est de 20% à un mois et de 40% à un an.

La mortalité précoce est plus élevée en cas d'hémorragie intra-parenchymateuse* en raison de l'effet de masse intracérébral.

1/3 des survivants sont dépendants, 1/3 gardent des séquelles tout en étant dépendant, 1/3 des survivants retrouvent leur état antérieur.

Le pronostic fonctionnel est meilleur en cas d'hémorragie intra-parenchymateuse plutôt qu'infarctus cérébral à taille égale.

L'essentiel de la récupération se fait dans les 3 premiers mois, mais elle se poursuit jusqu'à 6 mois. Au-delà, l'amélioration fonctionnelle est possible et tient à une meilleure adaptation du handicap résiduel.

Les principales complications sont les troubles cognitifs* et les troubles de l'humeur post AVC* à type d'anxiété et de dépression. (« Accidents vasculaires cérébraux », 2016)

Selon l'association France AVC*, une victime sur deux présente des signes de dépression post AVC*.

B. La peinture et les arts plastiques

L'art et la médecine ont toujours été étroitement liés. En effet, nous rappelons que les chamans avaient des dons particuliers pour guérir en utilisant des techniques artistiques. (Giraud, 2017)

Aux origines de l'art, les représentations dans les grottes telle la grotte de Lascaux, chef d'œuvre de la peinture pariétale du paléolithique, témoignent d'un potentiel artistique très développé avec de splendides représentations imaginaires et réels.

A la renaissance, le lien entre l'art et la médecine s'amplifie grâce à la représentation en peinture de personnes disséquées permettant d'étudier l'anatomie.

Selon Anne-Marie Dubois, psychiatre responsable de l'unité des psychothérapies à médiation artistiques de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale au centre hospitalier Sainte Anne à Paris, à partir de la Renaissance, de nombreux écrits évoquent le pouvoir curatif de la peinture.(Dubois, 2017)

Elle souligne que le Docteur Pinel, fondateur de la psychiatrie française, créera en 1795 des ateliers occupationnels pour distraire les malades et les éloigner de leur délire et de leur agitation.

Hans PRINZHORN, historien d'art et philosophe, cité par Anne-Marie Dubois, publiera au début du XX siècle, un ouvrage « Expression de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile ». Les productions illustrant cet ouvrage, réalisées par des malades internés, étaient dignes, selon lui, de l'art moderne.

Dès 1940, apparut, l'art brut, un art différent où les productions étaient, selon Jean Dubuffet, peintre sculpteur et plasticien français, considérées comme « *exemptes de références culturelles* ». Il pouvait s'agir des productions de malades mentaux ou de créateurs autodidactes.

Selon Jean Dubuffet toujours, « *l'art brut désigne toutes productions artistiques réalisées par des personnes sans bagages culturels et sans connaissances techniques* ». (Dubois, 2017, p. 5 à 7)

Jean Dubuffet est un collectionneur qui expose des objets remarquables que nous pourrions qualifier de « trouvailles » (Berthou, 2007) « *Une trouvaille est un objet qui vaut par lui-même et non par son contexte* ». Cet objet nous montre l'art autrement et les modalités selon lesquelles il est possible de faire de l'art.

Selon Benoit Berthou, docteur en philosophie à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, enseignant à l'Ecole Européenne Supérieure de l'Image et maître de conférence à l'Université Paris 13 où il dirige le Master « Culture, Média », « montrer et utiliser la trouvaille, en faire le matériau même de l'œuvre d'art favorise l'imagination et la créativité. L'artiste est dans la position de bricoleur comme l'explique Claude LEVI STRAUSS (La pensée sauvage p31) ».

Le matériau utilisé est le résultat du hasard. Il se constitue au grès des opportunités.

Agencer des trouvailles, s'interroger sur les associations possibles, les combinaisons à disposition, voilà une forme de créativité que l'art thérapeute va mettre en œuvre pour déclencher un processus créatif chez le patient.

Le mécanisme de la création artistique en art-thérapie comprend une phase d'inspiration déclenchée par le thérapeute pour faire remonter l'inconscient à la surface. Léonard de Vinci disait « l'art est la chose de l'esprit ». (Giraud, 2017)

La création artistique est un phénomène involontaire, une faculté qui vient de l'inconscient.

Selon C. G. Jung, « le peintre est submergé par un flot d'images que sa volonté n'aurait pas pu produire ». (Giraud, 2017)

Technique choisie en art-thérapie : La peinture et les encres acryliques

La peinture acrylique se dilue à l'eau et possède un pouvoir très recouvrant. Elle sèche rapidement et permet de retoucher sa production facilement. Elle permet l'association de couleurs et le mélange de texture favorisant l'introduction de différentes matières et la stimulation sensorielle.

Les encres acryliques sont réalisées à partir de pigments extra-fins. Leur forte concentration en pigments permet de réaliser des couleurs intenses. Elles sont opaques, miscibles entre elles et favorisent aussi l'association de couleurs. Elles peuvent être utilisées sur différents supports de papier suffisamment épais et sans pinceau sur un support mouillé. Cette technique ne nécessite pas une grande dextérité et peut être rassurante pour des personnes débutant une pratique artistique et ou avec une déficience motrice du membre supérieur.

Concentrée, la personne observe le mouvement et le mélange imprévisible des couleurs. Les résultats obtenus avec cette méthode sont surprenants et favorisent le lâcher prise et l'imagination sans nécessité de contrôler le geste et la technique.

C. L'Art-thérapie

L'art-thérapie est défini comme un processus de transformation personnelle grâce à la création artistique et au plaisir esthétique pour obtenir un mieux-être du

patient malade ou stressé dans la vie quotidienne et une qualité de vie du patient hospitalisé.

L'art thérapie est réalisé dans un but thérapeutique, sous la responsabilité du médecin, pour permettre au patient anxieux d'évacuer ses angoisses accumulées dans l'inconscient. (Giraud, 2017)

De nombreuses études montrent l'importance de la créativité dans les formes modérées des troubles de l'humeur. (Djellab, 2018)

A l'origine de la créativité, il y aurait un état mélancolique en lien avec la perte d'objet, perte réelle ou fantasmée entraînant des blessures profondes qui se réactivent et se réveillent dans des périodes critiques de la vie des artistes créateurs. Ces blessures entraîneraient l'élaboration de défenses réactionnelles. Le processus de création tendrait ainsi à protéger l'individu de la mélancolie. (Djellab, 2018)

La description clinique de la dépression semble s'opposer à ce processus (perte d'intérêt et de plaisir, difficultés de concentration, ralentissement psychomoteur...). Pourtant de nombreux auteurs évoquent le phénomène inverse. Les perceptions différentes, l'introspection, le questionnement intense, la remise en cause sont des facteurs favorisant la créativité. (Djellab, 2018)

Par conséquent, l'activité créative peut être utilisée comme un rempart à la dépression. (Djellab, 2018)

L'art permet de réduire la souffrance du patient et de se percevoir autrement en stimulant son potentiel artistique.

L'art-thérapie en séance collective permet également d'*«exploiter le pouvoir expressif et les effets relationnels inhérents à l'activité artistique. L'atelier est un espace d'expériences possibles qui joue un rôle social pour chaque participant en favorisant l'échange et le partage»*. (Platel et thomas, 2014)

L'activité artistique et notamment la peinture et les arts plastiques provoquent une stimulation sensorielle, motrice, cognitive*. (Platel et thomas, 2014) Les odeurs de papiers, de vernis, d'épices imprègnent l'atmosphère. La palette, le support papier épais ou fin, les toiles et différents matériaux utilisés multiplient les sensations. Les bruits des pinceaux sur la toile, le froissement du papier, l'écoulement de la peinture sur la palette suscitent de nouvelles perceptions.

La perception artistique active différentes aires cérébrales qui sont interconnectées entre elles par des réseaux de neurones. *« La neuro-imagerie a permis de mettre en lumière l'importance des interconnexions entre les différentes régions du cerveau »*. (Platel, 2017)

L'atelier artistique par la peinture implique une perception visuelle avec des éléments comme la lumière, la couleur, la matière, les courbes, les lignes et une représentation centrée sur l'objet comme l'organisation dans l'espace, le style, la qualité.

La perception artistique fait intervenir différentes zones du cerveau (Platel, 2017) pour traiter la forme de l'objet indifféremment du sens visuel, perception cognitive* significative dans l'observation de trompe l'œil.

La mise en action par la peinture, reflet du processus créatif, sollicite également le mouvement, la gestualité, la dextérité.

De plus, l'activité artistique active les fonctions exécutives* comme les capacités d'initiative, de planification, d'organisation, de pensée abstraite et de conscience de soi.

« Dans l'accident vasculaire cérébral, le cerveau fait toujours preuve de plasticité après de tels handicaps ou lésions, les structures ou les fonctions atteintes tentent de se modifier de manière à compenser le déficit ou à former un

schéma d'organisation nouvelle et anormale qui restaure la normalité ».
(Jeannerod, 2004, p. 62)

Le service de soin de suite et réadaptation neurologique de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière à Paris propose l'art-thérapie en complément de la rééducation. L'art-thérapie s'intègre dans une stratégie globale de rééducation. Un projet de recherche vise à évaluer les bénéfices de l'art-thérapie sur la rééducation et la réadaptation de patients victimes d'AVC*. (Article La dépêche)

Nous étudierons la pertinence des séances d'art-thérapie par la peinture et les arts plastiques en centre de rééducation pour permettre la régression des symptômes anxieux et dépressifs, accompagnée d'une progression des fonctions motrices, cognitives* et de l'acceptation du handicap chez les patients victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral.

Chapitre 2 Matériel et méthode

A. Matériel

1) Le CERRSY : Centre de Rééducation et Réadaptation Sud Yvelines

Cette structure appartient au groupe UGECAM* (Union pour la gestion des caisses d'assurance maladie). L'UGECAM* est un organisme privé à but non lucratif. Il rassemble 135 structures médico-sociales et 90 structures sanitaires de l'assurance maladie sur tout le territoire français. L'UGECAM* bénéficie d'une implantation territoriale lui permettant d'assurer l'accès aux soins à toutes personnes (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) fragilisées médicalement et socialement par la maladie ou le handicap.

Le groupe UGECAM* est constitué d'un réseau de 13 groupements UGECAM en France dont l'UGECAM Ile-de-France. Le CERRSY* appartient au groupe UGECAM* Ile-de-France.

Le CERRSY* est un établissement de soin de suite et réadaptation fonctionnelle qui accueille des adultes. L'établissement propose une prise en charge globale de la personne dans sa dimension médicale, sociale, familiale et professionnelle. Le parcours de réadaptation a pour finalité le développement ou la récupération de l'autonomie, la préparation au retour dans son lieu de vie. L'établissement assure une prise en charge pluridisciplinaire du patient et un suivi personnalisé grâce à un travail en équipe avec une complémentarité des compétences et des métiers.

Les activités principales de l'établissement sont orientées vers la rééducation de l'appareil locomoteur et du système nerveux, environ 26% des admissions en 2017 était d'origine neurologique soit 153 patients.

Les critères d'admission dans la structure reposent uniquement sur l'étude de dossier et les critères de rééducation. Le facteur âge n'intervient pas dans la sélection.

Cet établissement travaille en partenariat avec l'hôpital André Mignot à Versailles disposant d'une UNV* et l'hôpital de Rambouillet disposant d'une télé-AVC*.

Le service médical est constitué de 3 médecins spécialisés en médecine physique et réadaptation et un médecin généraliste. Il est assuré 24h/24.

Les médecins MPR* font une visite hebdomadaire dans les services de neurologie avec lesquels ils possèdent une convention de partenariat. Ils effectuent ainsi une évaluation des patients et une stratégie de rééducation (comme évoqué précédemment dans les objectifs du plan AVC* 2010-2014).

L'équipe paramédicale comprend un service de soin avec une cadre de santé, 14 infirmières, 22 aides-soignantes et un service de rééducation avec un cadre rééducateur, 13 kinésithérapeutes polyvalents, 5 ergothérapeutes, 3 éducateurs sportifs, une orthophoniste, une psychologue, une neuropsychologue et deux assistantes sociales.

Le plateau technique de rééducation est aménagé avec plusieurs grandes salles de kinésithérapie et d'ergothérapie, un gymnase de 350m², une piscine de nage et une balnéothérapie, de nombreux appareillages dont un système d'isocinétisme* nécessaire au renforcement musculaire avec une résistance contrôlée et informatisée.

Le service de soin possède 50 lits en hospitalisation complète, 12 places en hospitalisation de jour et 10 places en hospitalisation à domicile. La structure dispose également d'une équipe mobile de SSR*. Elle intervient soit pour poser un diagnostic soit pour conseiller.

Sachant que les nombreux professionnels découvraient l'art thérapie, nous avons réalisé, avant de débiter notre stage, une journée pour rencontrer les équipes médicales et paramédicales et leur présenter l'art-thérapie en réunion quotidienne médicale et paramédicale et en réunion de transmission. Nous avons également rencontré tous les rééducateurs afin de présenter notre projet et nos stratégies de prise en soin. Cette rencontre a facilité notre intégration dans les équipes avec des professionnels curieux et intéressés par la pratique de l'art-thérapie. Nous avons beaucoup échangé sur les capacités des résidents et la technique d'installation à respecter pour favoriser leur confort mais aussi « leur capacité à créer ».

2) L'objectif de la prise en soin : Réduire les symptômes anxieux et dépressif

Nous proposons ci-dessous une synthèse des informations nécessaires à une meilleure compréhension de la typologie des patients accompagnés durant notre stage.

« En 1843, Maxime Durand-Fardel rapporte pour la première fois un lien entre pathologie vasculaire cérébrale et dépression ». (Simon, 2007)

En 1926, Guilarovsky suggère « chez le sujet âgé, la fréquence importante des symptômes affectifs s'explique par les modifications artério-sclérotiques* cérébrales ». (Simon, 2007)

Depuis de nombreuses études ont été réalisées pour comprendre le lien entre AVC* et troubles dépressifs.

Le patient anxieux éprouve des difficultés à contrôler ses préoccupations. En plus de ses plaintes, il peut montrer soit de l'agitation, soit une fatigabilité, soit des difficultés de concentration, soit une irritabilité, soit des tensions musculaires, soit une perturbation du sommeil. La personne anxieuse éprouve des difficultés à empêcher ses pensées inquiétantes ou à les arrêter ; laissant celles-ci interférer avec l'attention portée aux tâches en cours. (Cosin, 2016)

La dépression est définie comme une altération sévère de l'estime de soi et de la capacité à éprouver du plaisir. Plus fort qu'un sentiment de tristesse, elle s'identifie à un trouble de l'humeur. Elle est caractérisée par des symptômes affectifs (tristesse et anhédonie*, perte d'intérêt et d'espoir), des symptômes somatiques (fatigue, variation du poids, troubles du sommeil, ralentissement moteur) et cognitifs (ralentissement psychique avec difficultés de concentration, troubles mnésiques*, sentiment de culpabilité, idées noires, pessimisme, dévalorisation). (Djellab, 2018)

Selon Olivier Simon, médecin en service de médecine physique et de réadaptation à l'hôpital Bichat de Paris, le patient victime d'accident vasculaire cérébral présente dans un contexte de tristesse et d'anxiété diffuse, un sentiment d'indifférence générale, de culpabilité, d'auto-dévalorisation, une réduction de la motivation à récupérer, l'apparition d'idées pessimistes sur l'intérêt de la rééducation et l'absence de récupération espérée. (Simon, 2007)

La relation entre dépression et récupération fonctionnelle est complexe. Certains auteurs considèrent que déclarer une dépression entraîne une diminution de la récupération des fonctions motrices et cognitives* en conséquence de la fatigue,

de la perte d'espoir et de la baisse de motivation (Villain, 2016); d'autres pensent que déclarer une dépression après un AVC* serait une réaction psychologique au handicap acquis mais aussi que la dépression réactionnelle « s'intègre ... dans les phases classiques du deuil que sont l'incrédulité, la révolte, la dépression puis l'acceptation ». (Simon, 2007) En effet, l'acceptation du handicap implique le deuil de certaines fonctions, quelques fois d'un statut mais aussi de l'importante et irréversible altération de l'image de soi. (Simon, 2007)

Après de nombreux échanges avec les professionnels de santé en centre de rééducation lors de la présentation du métier d'art-thérapeute, les soignantes ont affirmé : « en souffrance psychologique, les patients victimes d'AVC*, ils le sont tous ! ».

Par conséquent, la mise en place de séances d'art-thérapie par la peinture et les arts plastiques, nous semble alors pertinente pour permettre aux patients victimes d'accident vasculaire cérébral de sortir du contexte de rééducation intensive, de retrouver du plaisir et de s'accepter.

Nous savons maintenant que l'AVC* et les symptômes anxio-dépressifs sont générateurs de nombreux troubles pouvant perturber la rééducation.

Pour notre étude présentée dans ce rapport, nous nous fixerons comme objectif de **réduire les symptômes anxieux dépressifs par des ateliers d'art-thérapie par la peinture et les arts plastiques et favoriser la progression des fonctions motrices, cognitives et l'acceptation du handicap.**

3) Schéma utilisé et grilles d'observations

Schéma utilisé

Pour réaliser cette étude, nous avons organisé notre prise en soin selon le modèle neuroscientifique afin de mieux comprendre les mécanismes cérébraux stimulés pendant les séances d'art-thérapie

Le cerveau est composé de cent milliards de neurones qui communiquent entre eux par le moyen de substances chimiques appelées neurotransmetteurs. Ces neurones sont connectés entre eux et forme des réseaux. Les dernières avancées en neurosciences ont permis de mieux appréhender les interactions entre le cerveau et le corps.

Le système nerveux adulte possède un certain degré de plasticité* afin de pouvoir apprendre de nouveaux savoirs faire, produire de nouveaux souvenirs ou réagir à des lésions. Notre cerveau se modifie tout le temps de façon plus ou moins durable et plus ou moins importante. Il est toujours en contact avec l'extérieur à travers les organes sensoriels et il est constamment en remaniement pour s'adapter aux changements. Il a ainsi la capacité de se réorganiser après une lésion selon la région touchée.

Sous l'influence de la stimulation cérébrale, le cerveau arrive à recréer des nouveaux réseaux neuronaux, à augmenter ou ralentir la sécrétion de neurotransmetteur intervenant dans le fonctionnement cérébral et sur le comportement de l'être humain. (Tarquinio & Spitz, 2012)

Après une lésion cérébrale d'origine vasculaire, on observe trois phénomènes « *un processus de réparation structurale, la production de nouveaux neurones, la réorganisation de tout le cerveau avec tentative de rétablissement des fonctions* ». (Lechevalier, 2010)

Pendant l'étude, notre participation aux réunions quotidiennes avec l'équipe médicale, paramédicale et rééducatrice nous a permis de connaître les patients, leurs difficultés et d'échanger sur les indications de séances.

L'élaboration d'outils nécessaires au bon déroulement des séances ont permis de mettre en place une stratégie personnalisée avec :

- Une fiche d'ouverture (**Annexe 1**) renseignée au cours du premier entretien avec le patient et complétée par le dossier médical
- La rédaction d'un protocole d'art-thérapie avec des objectifs thérapeutiques généraux et intermédiaires pour améliorer les symptômes anxieux et dépressifs et favoriser la rééducation motrice, cognitive* et l'acceptation de soi
- Une fiche d'observation (**Annexe 2**) permettant d'analyser les séances et de réajuster sa pratique en fonction des besoins exprimés par le patient
- Une préparation personnalisée de chaque séance en fonction des besoins selon la pyramide de Maslow*. Une attention particulière doit être attribuée aux mouvements et postures physiques de chaque patient victime d'accident vasculaire cérébral pendant la phase de création pour favoriser leur confort mais aussi observer leur investissement dans la séance
- Une grille d'observation basée sur des échelles scientifiques et artistiques avec des items adaptés
- La rédaction d'un bilan écrit et une restitution orale auprès des professionnels de santé.

Nos séances seront basées sur l'observation des symptômes anxieux et dépressifs, la rééducation motrice et cognitive*, l'acceptation du handicap.

◎ **Les symptômes anxieux et dépressifs**

Nous organisons nos séances pour ranimer l'élan corporel, la motivation par le plaisir et l'expression des émotions ou des souvenirs émotionnels

La menace de déplaisir dans les apprentissages entrave la mémoire et perturbe la sécrétion de dopamine, molécule naturelle du plaisir et du désir sécrétée dans les noyaux profonds cérébraux. Selon Mathias Pessiglione, psychologue clinicien co-responsable de l'équipe motivation, cerveau et comportement de l'ICM* titulaire d'une maîtrise en neurosciences et d'une maîtrise et d'une thèse en sciences cognitives, la dopamine amplifie notre désir et notre propension à agir. Elle intervient sur la motivation. Rappelons que l'étymologie du verbe « motiver » signifie mettre en mouvement, soit la force qui pousse à agir. Ainsi, le plaisir en séance pourrait stimuler la sécrétion de dopamine et favoriser l'élan corporel et la « motivation pour faire ». (Vinckier, 2017)

Le déplaisir perturbe également la sécrétion de sérotonine, molécule régulatrice de l'humeur impliquée dans la dépression. L'augmentation de la sécrétion de sérotonine, présente dans le traitement antidépresseur, pourrait limiter les symptômes anxieux et dépressifs.

Le système limbique* joue un rôle important dans la régulation des comportements émotionnels, dans la récupération de souvenirs personnels et dans les relations sociales. (Baciu, 2011)

Selon Hervé Platel, professeur de neuropsychologie et membre du laboratoire de neuropsychologie cognitive et neuro-anatomie fonctionnelle de la mémoire humaine INSERM* à l'Université de Caen, « *l'art régule notre humeur et nos émotions, il joue un rôle dans la régulation socio émotionnelle* » favorisant ainsi

la régression des symptômes anxieux et dépressifs. (« L'art pour soigner la mémoire ? », 2017)

◎ **L'activation des fonctions motrice et cognitive***

Nous organisons nos séances pour privilégier l'autonomie, l'attention, la concentration pour détourner le patient de ses préoccupations et atténuer l'anxiété.

Cette stimulation cognitive vise également à régénérer les neurones perdus, maintenir ceux qui existent, rétablir les connexions perdues, en fabriquer de nouvelles et compenser les pertes. (Tarquinio & Spitz, 2012)

Nous rappelons que le lobe frontal*, siège des fonctions exécutives*, est essentiel dans le fonctionnement cérébral. Il fonctionne en réseau et reçoit les informations de différents lobes cérébraux. Il est en interaction avec les régions sous-corticales* et joue un rôle prépondérant dans la régulation des besoins fondamentaux, des désirs, des émotions.

L'aire motrice du cerveau assure l'exécution volontaire et consciente d'un acte moteur. La commande motrice est précédée par une étape de programmation et de planification qui ne dépend pas de l'aire motrice primaire mais des aires associatives pré-motrices responsables de la programmation et de la planification du mouvement volontaire global. « *Le mouvement volontaire ne dépend pas d'une seule région mais d'un ensemble d'aires corticales organisées en réseau* ». (Baciu, 2011, p. 164)

« *L'utilisation de supports artistiques... est rapidement apparue comme un moyen original d'approcher le fonctionnement cérébral autrement qu'avec des tâches verbales, par les phénomènes de neuro-plasticité* et d'impact d'une expertise sur le fonctionnement cognitif* ». (Platel, 2017) L'art devient un outil de détournement pour réhabiliter et stimuler les zones cérébrales lésées.

Chaque partie du système nerveux central est impliquée dans la transmission d'informations motrices, sensibles et sensorielles, dans le contrôle de l'humeur et des émotions. Interconnectées entre elles, elles transmettent l'information de manière interdépendante par des réseaux neuronaux.

Ainsi, selon le phénomène de neuro-plasticité*, les régions spécifiques du cerveau ne sont pas figées et peuvent changer en fonction du traumatisme cérébral et modifier les circuits neuronaux en permanence. (« Connaissez-vous bien votre cerveau ? », 2018)

◎ **L'acceptation du handicap par la créativité**

Le handicap sera analysé dans cette étude selon la définition de l'OMS* comme « *un désavantage qui résulte d'une déficience (altération d'une fonction) ou d'une incapacité (réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité) qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle* ».

Le patient présentant des lésions cérébrales est confronté d'une façon inattendue et brutale au handicap, à la nécessité de reconstruire une vie relationnelle et un avenir totalement différent du passé.

Les capacités résiduelles et l'autonomie seront mises en valeur pour favoriser l'acceptation de soi.

Certaines lésions cérébrales principalement dans l'hémisphère droit modifient le psychisme et perturbent la représentation du corps et de soi notamment dans les héminégligences* visuelles et corporelles.

Nous évaluerons la négligence pour observer la perception de soi.

Selon une étude en imagerie, des sujets normaux réalisent des tâches nécessitant la reconnaissance du corps, la cognition spatiale*, la distinction entre soi et

l'autre, la conscience d'être l'auteur de ses propres gestes. Les chercheurs décomposent ce phénomène en conscience de soi. (Jeannerod, 2010)

Le lâcher prise permettra plus de liberté dans la créativité et dans la pensée et favorisera la réalisation de soi et la projection dans l'avenir.

Selon Hervé Platel, l'accompagnement créatif de la personne cérébro-lésée peut l'aider à « *redevenir acteur-créateur de sa vie et à appréhender ses différences pour qu'elles ne fassent pas que handicap et ainsi devenir maître d'œuvre de son existence, avec un avant et un après* ». (Platel & Thomas-Antérion, 2014, Chap 17)

Les séances d'art-thérapie permettront d'accompagner le patient, le guider dans un processus créatif pour l'aider « *à se construire, se créer à partir de sa vie d'avant, de ses désirs, de ses attentes, de sa motivation... en intégrant les éléments de réalité consécutifs à l'accident* ». (Platel & Thomas-Antérion, 2014)

Des grilles d'observation adaptées

Pour observer l'efficacité des séances d'art-thérapie sur l'amélioration du syndrome anxio-dépressif et l'amélioration de la motricité, de la cognition* et de l'acceptation du handicap, nous avons choisi plusieurs échelles scientifiques.

◎ **L'amélioration du syndrome anxieux et dépressif**

Pour cela nous sélectionnons l'échelle scientifique validée de **la dépression de Hamilton soit l'échelle HDRS (Annexe 3)**.

Nous utilisons plusieurs items de cette échelle que nous adaptons pour les rendre observables en séance d'art-thérapie afin de mesurer les symptômes dépressifs.

Cette échelle inclut de nombreux items dont « *l'humeur dépressive* », « *le sentiment de culpabilité* » mais aussi l'intérêt pour « *le travail et les activités* », « *le ralentissement* » (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice), « *l'anxiété psychique* » et « *la prise de conscience* ».

Nous orientons l'item « *travail et activité* » vers l'action soit « *l'élan pour faire* » en séance d'art-thérapie.

Nous utilisons l'item « *ralentissement de la pensée, la concentration et la motricité* » pour observer la concentration. L'observation des fonctions cognitives sera complétée au moyen d'autres échelles.

Nous orientons l'item « *prise de conscience* » vers l'acceptation du handicap et observons la verbalisation du handicap.

Nous orientons l'item « *humeur dépressive* » vers la tristesse, le désespoir en séance.

Les items « *sentiment de culpabilité* » et « *anxiété psychique* » sont utilisés pendant la séance d'art-thérapie selon l'échelle HDRS*.

Pour compléter l'étude des symptômes anxio-dépressifs, nous utilisons également **l'échelle scientifique d'évaluation de l'anxiété selon Hamilton HARS (Annexe 4)**.

Nous utiliserons plusieurs items de cette échelle comme « *humeur anxieuse* », « *tension nerveuse* », « *fonctions cognitives** », « *humeur dépressive* », « *symptômes somatiques* » que nous adaptons pour les rendre observables en séance d'art-thérapie afin de mesurer les symptômes anxieux.

Nous orientons l'item « *humeur anxieuse* » vers l'inquiétude en séance pour observer la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur selon l'échelle HARS.

Nous orientons l'item « *tension nerveuse* » vers la fatigue, les pleurs, les tremblements, le contrôle de soi pour observer la capacité à se détendre en séance. Nous utilisons l'item « *trouble de la concentration et de la mémoire* » pour observer les fonctions cognitives.

Nous orientons l'item « *l'humeur dépressive* » vers la perte d'intérêt pour la séance.

Pour finir, nous orientons l'item « *symptômes somatiques généraux musculaires* » vers la tension musculaire du visage et de ce fait la capacité à se détendre.

⊙ **La rééducation motrice et cognitive***

Nous choisissons également d'observer l'impact des séances sur la récupération motrice et cognitive.

Pour cela, nous adaptons également les échelles scientifiques de rééducation utilisées dans la structure pour observer les fonctions motrices selon le handicap de chacun. Nous utilisons des items différents en fonction de la localisation de la lésion et du degré de dépendance de chacun.

Pour les patients présentant une hémiplegie* partielle, nous utilisons la « **Frenchay Arm Test** » (Annexe 5). Elle nous permet d'observer la motricité.

Nous utilisons les items « *stabiliser une règle pendant que l'autre tire un trait* », « *prendre et lâcher un cylindre d'un demi-pouce* » que nous adaptons en « *prendre et lâcher un stylo, un pinceau* » et « *ouvrir et fermer une pince à linge* » que nous adaptons en « *prendre et pincer une feuille, un pinceau* ».

Pour les patients présentant des troubles cognitifs* nous utilisons l'échelle « **Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle** » (Annexe 6). Nous sélectionnons l'évaluation des fonctions mentales et utilisons les items « *mémoire* », « *compréhension* ». Nous utilisons également les items « *ralentissement* » de l'échelle HRDS* et « *fonction cognitive* » de l'échelle HARS*.

⊙ **L'acceptation du handicap**

Nous choisissons également d'observer l'efficacité des séances sur l'acceptation du handicap.

Pour cela, nous utilisons l'item, appartenant à l'échelle HDRS*, « *prise de conscience* » que nous orientons vers l'acceptation du handicap et la verbalisation de celui-ci. « *L'atelier semble permettre une prise de conscience au travers de la construction d'une image, d'une image de soi, de la figuration. L'atelier donne aussi la possibilité d'une image de soi qui change.* » (Platel & Thomas-Antérion, 2014 Chap17)

Nous complétons cette observation avec des items sur l'estime de soi et la créativité.

Nous accompagnerons le patient vers l'estime de soi et la créativité avec valorisation du savoir-faire, de l'autonomie et de la liberté d'expression par la peinture afin d'accepter cet autre moi.

Nous utilisons des items évaluant les capacités artistiques, le lâcher prise, la satisfaction personnelle et le plaisir ressenti. Le patient présentant des lésions cérébrales est confronté d'une façon inattendue et brutale au handicap, à la nécessité de reconstruire une vie relationnelle et un avenir totalement différent du passé. (Platel & Thomas-Antérion, 2014)

Les capacités résiduelles et l'autonomie seront mises en valeur pour favoriser l'estime de soi et l'acceptation de soi.

Le lâcher prise permettra plus de liberté dans la créativité et dans la pensée et favorisera la réalisation de soi et la projection dans l'avenir.

Pour les patients atteint d'une hémiparésie affectant la reconnaissance du schéma corporelle, nous utilisons l'échelle « **Négligence : Batterie de C. Bergego** ». (Annexe 7).

Nous utilisons l'item « *oubli de l'hémicorps droit/gauche* » et « *difficulté à trouver les aliments du côté droit /gauche de l'assiette* » que nous adaptons en difficulté à trouver le matériel à gauche de la feuille. Nous rajoutons un item « utilisation de l'espace sur le support à peindre ».

Ainsi nos grilles d'observations comprendront une partie réservée aux symptômes anxieux, une partie propre aux symptômes dépressifs, une partie attribuée à la récupération des fonctions motrices et ou cognitives*, une partie mesurant l'estime de soi, et une dernière partie concernant la créativité.

Nom	S 1	S 2	S 3	S G	S 5	S 6	S 7	S G	S 9
CREATIVITE 0. Aucune 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Elan créatif									
Imagination									
Capacités à choisir									
Autonome dans l'activité									
Lâcher prise									
Sourires									
S'affirme									
Plaisir ressenti									
Se valorise									
FRENCHAY ARM TEST 0. Jamais 1. Avec aide 2. Sans aide 3. Souvent									
Tire un trait à la règle									
Prend et lâche un cylindre									
Utilise la pince									
MOTRICITE 0. Impossible /Difficile 1. Avec aide 2. Faible 3. Aisée									
Posture corporelle									
Dextérité gauche									
ESTIME DE SOI 0. Aucune/ Jamais 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Confiance en soi									
Initiatives/prise de risque									
Utilisation des parties atteintes									
Valorisation de soi									
ANXIETE selon l'échelle de Hamilton 0. Absente 1. Légère 2.Forte 3.Maximale/invalidante									
Humeur anxieuse (inquiétude)									
Troubles de la concentration mémoire									
Humeur dépressive (perte d'intérêt)									

Tension (fatigue, pleurs, sursaut...)									
Symptômes somatiques musculaire (tension musculaire du visage)									
DEPRESSION selon l'échelle de dépression de Hamilton HDRS									
Selon cotation HDRS (Annexe) de 0. Absente à 4. Très présente									
Humeur dépressive (tristesse)									
Sentiment de culpabilité									
Travail activité (élan pour faire)									
Ralentissement de pensée (concentration)									
Anxiété psychique									
Prise de conscience (acceptation du handicap) de 1 à 3									
NEGLIGENCE Batterie de C.Bergego 0. Sévère 1. Modérée 2. Discrète 3. Aucune									
Oubli hémicorps gauche									
Difficulté à trouver le matériel									
Utilisation de l'espace sur support									
Système de Mesure de L'autonomie Fonctionnelle 0. Aucune 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Mémoire									
Compréhension									

4) Choix des patients

Au cours de ce stage en centre de rééducation, nous avons réalisé 30 séances d'art-thérapie individuelles ou collectives pendant 4 semaines.

Chaque patient suivait deux séances individuelles par semaine et deux séances collectives dans le mois. La mise en place de séances collectives permettait de rompre avec l'isolement que nous retrouvons souvent dans la dépression. Nous avons utilisé les séances collectives pour favoriser le lien social et privilégier la communication avec autrui. Toutefois, elles devaient être mise en place avec précaution pour éviter la vision du handicap en miroir. Deux étudiantes infirmières assistaient aux séances collectives, après avoir obtenu l'accord des patients, 2 à 3 patients présentant une hémiplégie* ou hémiparésie* et un patient présentant une aphasie* sans handicap moteur. Cette mixité en séance collective limitait la vision du handicap en miroir.

Après avoir défini le but des séances d'art-thérapie au cours d'une présentation aux personnels médical et paramédicale, 9 patients ont été sélectionnés par les professionnels de santé. Seulement 5 patients ont accepté de suivre les séances. Tous présentaient une affection neurologique avec un syndrome anxieux-dépressif important et des troubles cognitifs* ou moteurs avec ou sans aphasie.

Nous avons choisi pour notre étude trois patients victimes d'un accident vasculaire cérébral présentant une souffrance psychologique importante nécessitant un accompagnement pour améliorer leur qualité de vie. Ces patients retenus pour l'étude assistaient aux séances d'art-thérapie avec assiduité et régularité.

Monsieur Albert 84 ans, Madame Hélène 83 ans et Monsieur Olivier 57 ans présentaient une hémiplégie partielle ou complète. La position debout leur était impossible. Nous avons choisi des activités artistiques assises pour éviter la mise en danger des patients et sécuriser les séances.

Pendant la durée du stage nous avons assisté à toutes les réunions quotidiennes médicales et paramédicales et sommes intervenus pour transmettre l'évolution des prises en soin en art-thérapie.

5) Stratégies thérapeutiques

Des entretiens individuels ont été réalisés auprès de chaque patient pour connaître leurs centres d'intérêt, leurs goûts, leurs connaissances artistiques et intérêts pour l'art. Nous avons déterminé ensemble l'objectif thérapeutique principal à la prise en soin en fin d'entretien. (Fiche d'ouverture **Annexe 1**)

Nous rappelons qu'il est nécessaire que le patient soit acteur dans la prise en soin. Mr Olivier était volontaire pour réaliser des séances d'art-thérapie à la fin de notre entretien.

Mr Albert semblait peu intéressé par les séances d'art-thérapie. Il présentait un ralentissement psychomoteur et une perte d'intérêt pour les activités. Il était toutefois disposé à assister à une première séance.

Mme Hélène ne souhaitait pas me rencontrer. Cependant après avoir échangé avec sa fille, Mme Hélène était motivée pour participer aux séances.

Nous nous sommes informés auprès des professionnels de santé pour connaître les antécédents médicaux de chaque patient et les besoins identifiés par les équipes soignantes.

Nous avons rencontré les rééducateurs pour connaître les capacités motrices et cognitives de chacun afin de ne pas les mettre en danger. Les rééducateurs nous ont également conseillés sur la technique d'installation à respecter pour favoriser leur confort mais aussi « leur capacité à créer ».

Stratégies de prise en soin

	Souffrance exprimée par le patient	Objectif thérapeutique initial
Mr Olivier 57 ans	Besoin de « <i>connaître de nouvelles techniques pour éprouver du plaisir et les utiliser pour favoriser ma réinsertion professionnelle</i> »	Réduire les symptômes anxieux et dépressifs Intégrer de nouvelles techniques sans maîtrise du geste favorisant le lâcher prise par la créativité, l'acceptation du handicap, la confiance en soi. Favoriser la projection dans l'avenir en développant le sentiment d'utilité et le lien social. Favoriser la rééducation (héminegligence* visuelle et corporelle gauche et posture corporelle)
Mme Hélène 83 ans	Besoin de « <i>m'occuper l'esprit pour éviter de penser à ce qui m'arrive</i> »	Réduire les symptômes anxieux et dépressifs Favoriser le lien social Favoriser la confiance en

		soi et l'affirmation de soi pour permettre l'expression par la créativité Favoriser l'acceptation du handicap. Favoriser la rééducation (motricité membre supérieur gauche)
Mr Albert 84 ans	Besoin de « ... rien, je ne pourrais pas aller au bout de tout ce que j'ai commencé... ma tête ne suit plus »	Réduire les symptômes anxieux et dépressifs Favoriser l'élan positif, la motivation Favoriser la rééducation motrice et cognitive

Des séances en individuel seront programmées pour chaque patient pour favoriser la confiance en soi et l'estime de soi. Des séances en petit groupe seront intégrées à leur programme en individuel pour limiter l'isolement.

6) Durée de la recherche

La durée de la recherche a débuté le 16 février et s'est terminée le 30 mars 2018. Elle a commencé par la présentation du métier d'art-thérapeute aux professionnels de santé afin d'envisager une sélection de patients à accompagner. Elle s'est poursuivie par la réalisation de séances d'art-thérapie en stage du 26 février au 30 mars 2018. Les séances d'art-thérapie étaient planifiées à raison de deux séances par semaine en individuel et deux séances collectives par mois. La durée de chaque séance était limitée à 1 heure. Les ateliers pouvaient être réalisés selon un mode dirigé, semi dirigé ou libre en fonction des besoins des patients et de leur capacité à s'exprimer par l'art. L'étude s'est terminée par une analyse des résultats.

7) Retombées attendues : Améliorer l'anxiété, la dépression

Nous avons supposé qu'en instaurant un moment privilégié dans un lieu neutre, dans un environnement sécurisant où écoute et bienveillance étaient prioritaires, nous favoriserions la liberté d'expression, la créativité et le plaisir. Ces moments permettraient aux patients de s'accepter, d'accepter leurs déficiences et les conduiraient à redevenir « acteur-créateur » de leur nouvelle vie.

8) Organisation des séances

- ⊙ Un lieu d'expression, une salle spécialement dédiée aux séances d'art-thérapie : Nous avons le choix d'installer notre atelier d'art-thérapie soit dans la partie loisir de la structure (bibliothèque, salle de musique, billard...), soit dans une grande

chambre inoccupée du service de soin, soit dans une partie excentrée du soin et de la rééducation.

Nous avons choisi spontanément la pièce excentrée afin de différencier l'atelier des services et de localiser cet environnement comme un lieu de plaisir et de liberté d'expression. Par ce choix, nous différencions, également, l'atelier thérapeutique des salles de loisir.

Cette pièce était lumineuse et peinte en bleu créant une ambiance différente du service de soins propice à une forme d'évasion physique et psychique.

Pour favoriser la créativité, nous avons décoré les murs avec des reproductions de tableaux célèbres. Nous avons aménagé l'espace avec 2 grandes tables pouvant accueillir jusqu'à 6 personnes et une table où nous avons exposé tout le matériel disponible à la création.

⊙ Le déroulement des séances :

Chaque séance se composait d'un temps d'échange pour connaître la « météo intérieure » du patient. Des photos de paysages étaient exposées sur la table (paysage coloré, paysage pluvieux, paysage glacial...), et chaque patient devait en choisir une et exprimer ou pas son ressenti. Nous rappelons que l'art-thérapeute accompagne le patient ; il n'interprète pas et ne porte aucun jugement.

Ce temps permettait de connaître l'état de base de la personne et ainsi pouvoir adapter la séance.

La séance se poursuivait par un moment d'écoute musicale ou de détente par la respiration ou bien encore par un temps de découverte du matériel.

L'activité artistique par la peinture, le collage ou les arts plastiques était ensuite réalisée en mode dirigé, semi-dirigé ou libre en fonction des besoins de chacun.

Enfin, un temps d'évaluation du ressenti était instauré en fin de séance.

Pour réaliser la cotation selon les différentes échelles, notre choix s'est dirigé vers l'instauration d'un temps de synthèse après chaque séance pour ne pas interférer dans le processus créatif du patient. Cette méthode de travail, nous a permis d'affranchir la séance d'auto-évaluations, déjà très présentes en centre de rééducation, révélatrices d'un état de dépendance et d'un degré de déficience.

9) Évaluation des séances

Un moment d'évaluation était réalisé en fin de séance. Une grille d'évaluation du ressenti des patients a été réalisée après les séances.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Plaisir sensoriel pendant l'activité 1.Déplaisir 2.Neutre 3.Plaisir perceptible 4. Rayonnant								
Expressions verbales liées au plaisir pendant l'activité, en quantité								
Volontaire pour terminer sa production 1. Aucune 2.Peu 3.Souvent 4.Toujours								

Volontaire pour exposer sa production 1.Refuse 2. Hésite 3.Intéressé 4.Motivé								
Réaction devant sa production 1.N'aime pas 2. Aime peu 3.Aime 4.Adore								
Sourires en quantité								
Expression du visage								
Commentaire de plaisir 1. Nul 2. Mitigé 3. Apprécie 4. Adore								
Expression du visage 1.Visage figé 2. Visage crispé 3.Visage soucieux 4.Visage détendu								

B. Methode

Ci-après, nous allons décrire les profils des patients, leurs objectifs thérapeutiques et le déroulement des séances d'art-thérapie.

1) Madame Hélène 83 ans

Anamnèse

Madame Hélène, 83 ans, est veuve avec deux enfants.

Ancienne commerçante, elle vivait seule depuis le décès de son mari en 2012 dans une maison de plain-pied. Mme Hélène est droitnière.

Ses deux filles, dont l'une habite en région parisienne et l'autre en province, étaient en conflit depuis le décès de son époux.

Mme Hélène aime la nature, le jardinage, la cuisine, la marche et les animaux. Elle aimait promener son petit chien, fidèle animal de compagnie. Elle pratiquait le violon dans sa jeunesse et apprécie la musique classique.

Après une intervention chirurgicale, Mme Hélène, en convalescence chez sa fille en région parisienne, présente une hémiplegie gauche. Adressée en urgence en unité neuro-vasculaire en août 2017, Mme Hélène est consciente orientée et cohérente. Elle présente une hémiplegie* gauche et une hémiparesie* visuelle gauche sans aphasie*, ni paralysie faciale.

L'IRM* permet de diagnostiquer un hématome intra-parenchymateux* fronto-pariétal droit dont la cause serait une poussée hypertensive chez une patiente hypertendue connue.

Mme Hélène est hospitalisée en centre de rééducation 12 jours après son accident. Elle présente une hémiplegie* gauche sévère.

Malgré d'importants progrès un mois après l'accident (réveil de la motricité aux membres inférieur et supérieur gauches, régression de l'héminégligence visuelle gauche), Mme Hélène présente une tristesse accompagnée d'un syndrome anxieux-dépressif. Après le refus d'instaurer un traitement antidépresseur, Mme Hélène présente une majoration de ses angoisses se manifestant par une symptomatologie aggravée (flou visuel, céphalées, nausées, vertiges...) nécessitant la réalisation de multiples examens (scanners, consultations spécialisées, bilan...) dont les résultats seront normaux.

En décembre 2017 (4 mois après l'accident), l'état de santé de Mme Hélène nécessite l'introduction d'un traitement antidépresseur à posologie très progressive à la demande de la patiente qui refusait ce traitement.

Lors de notre première rencontre, le 1^{er} mars 2018 (à 6 mois et demi de l'AVC*), elle ne présente plus d'héminégligence* visuelle mais persistent des troubles moteurs de l'épaule gauche, une récupération stationnaire de la main gauche, une hémianesthésie* gauche avec ataxie* proprioceptive et hémiparésie* gauche.

Mme Hélène ne présente pas d'altération cognitive.

Le syndrome anxieux-dépressif est toujours présent avec des plaintes régulières adressées à l'équipe soignante, une dépréciation de ses capacités, une tristesse, un ralentissement psychomoteur et une apathie.

Mme Hélène ne souhaite pas participer à des séances d'art-thérapie. Elle est apathique* avec un visage fermé. Le lendemain, après avoir échangé avec sa fille, Mme Hélène accepte de participer à des séances d'art-thérapie malgré un enthousiasme limité.

Nous lui laissons le choix du sujet pour faciliter l'alliance thérapeutique. Elle décide de peindre des fleurs et nous précise aimer l'impressionnisme et les couleurs pastel mais détester le cubisme.

Antécédents

Hypertension artérielle – Dyslipidémie – troubles du rythme cardiaque non retrouvé en UNV traité par plavix arrêté en juin 2017 avant son intervention chirurgicale – Prothèse totale de hanche droite - salpingectomie bilatérale.

Traitements

Innohep 3500 UI solution injectable par voie sous cutanée : 1 injection le soir à 20h

Anticoagulant injectable de la famille des héparines de bas poids moléculaire. Il empêche la formation ou l'extension des caillots dans les vaisseaux sanguins. A faible dose, il est utilisé en préventif après une intervention pour éviter une thrombose* veineuse. A plus forte dose, il est utilisé en curatif dans le traitement des thromboses veineuses ou embolie pulmonaire.

Ici, ce traitement est utilisé en semi-curatif pour traiter une thrombose veineuse dans un contexte d'AVC* hémorragique.

Bisoce (cardensiel) 2,25 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le matin

Bétabloquant. Il bloque l'action de l'adrénaline sur le cœur et les vaisseaux sanguins. Il est utilisé dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

Ici le traitement est utilisé contre l'hypertension artérielle.

Pantoprazole 20 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le soir

Ce médicament de la famille des Inhibiteurs de la Pompe à Proton pour traiter le reflux gastro-oesophagien, l'oesophagite, l'ulcère gastro duodénal.

Ici le traitement est utilisé pour traiter un reflux gastro-oesophagien.

Miansérine (athymil) 10 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le soir

Ce médicament appartient à la famille des antidépresseurs avec un effet tranquillisant et sédatif.

Doliprane 500 mg comprimé par voie orale : 2 comprimés le soir

Ce médicament appartient à la famille des antalgiques. Il est utilisé pour soulager les affections douloureuses. Il est hépatotoxique.

Euphytose comprimé par voie orale : 2 comprimés matin et soir

Ce médicament est utilisé dans le traitement symptomatique des états anxieux mineurs et des troubles légers du sommeil.

Eductyl suppositoire en voie rectale : 1 suppositoire le matin si besoin

Ce médicament est utilisé dans le traitement de la constipation. Il peut provoquer des sensations de brûlures anales et une inflammation du rectum.

Duphalac 10 g solution buvable : 1 sachet matin et soir si besoin

Ce médicament est utilisé dans le traitement symptomatique de la constipation. Il appartient à la famille des laxatifs.

Programme de rééducation

Kinésithérapie 5 heures par semaine / Ergothérapie 5 heures par semaine /
Education sportive 5 heures par semaine

Les objectifs thérapeutiques

Objectifs thérapeutiques généraux	Objectifs thérapeutiques intermédiaires
Améliorer le syndrome anxieux et dépressif	• Favoriser la mise en confiance en sécurisant les séances (présenter l'atelier, le sujet, le matériel, expliquer la technique ; ritualiser le déroulement de la séance ; multiplier les repères ; rassurer) ; en utilisant le mimétisme et la reproduction dans les premières séances (manque de confiance en elle) • Favoriser l'acceptation du handicap en sortant du cadre habituel pour permettre l'évasion, la détente et la créativité ; en favorisant la confiance en soi avec l'utilisation des capacités restantes et la valorisation de soi avec ses capacités d'adaptation au handicap ; en favorisant son autonomie dans la capacité à choisir et en réduisant son niveau d'exigence envers elle-même • Favoriser la communication avec autrui pour limiter l'isolement social en privilégiant les séances en groupe ; en favorisant l'échange et le partage ; en sollicitant sa participation • Favoriser l'attention et la concentration pour limiter les pensées négatives et détourner son esprit de ses préoccupations • Favoriser la réalisation de soi en stimulant sa créativité avec des activités permettant d'exprimer ses idées, son originalité et son style
Retrouver un élan positif pour favoriser le retour à domicile	• Favoriser le lâcher-prise associé au plaisir créatif en lui laissant exprimer ses idées, son imagination, sa créativité (utilisation des encres de couleurs)

	pour se reconstruire autrement
--	--------------------------------

Le Déroulement des séances

SEANCE 1	Inquiète « <i>je ne sais pas dessiner</i> », visage fermé, Mme Hélène parle peu. Présentation et rassurance
Météo intérieure	Choix d'une photo pour représenter son ressenti en début de séance. Elle choisit la photographie d'un chien dans les feuilles en automne. Elle adore les chiens. Le sien est en pension chez sa fille. Elle se détend. Présentations des différentes reproductions affichées. Mme Hélène marque un intérêt soutenu pour les tournesols en général.
Réalisation d'estampes japonaises avec les encres de couleurs	Technique simple donc rassurante, le jeu favorise la détente et l'apaisement. Mme Hélène souhaite reproduire le modèle à l'identique. Grande concentration et précision du geste. Il est impossible d'enlever le modèle, Mme Hélène contrôle son geste. Mme Hélène est très exigeante envers elle-même. Elle refuse de positionner son bras gauche sur la table et préfère le laisser sous la table « <i>c'est mieux comme ça</i> » rajoute-t-elle.
Evaluation	Elle semble avoir apprécié avec peu d'enthousiasme (apathie*) et précise « <i>c'était un bon moment</i> ».

SEANCE 2	Echange sur sa journée
Météo intérieure	Paysage d'automne
Estampes japonaises	Elle décide de faire une autre branche sur la même feuille sans modèle. L'ambiance est calme et la concentration importante. Ecoute musicale pour favoriser l'apaisement (violoniste dans son enfance).
Evaluation	Satisfaite de sa production, elle est fière du résultat comparativement à la première séance. Mme Hélène me précise « <i>s'être vidée la tête</i> » et rajoute en souriant « <i>dommage que vous ne soyez pas venue plus tôt !</i> ».

SEANCE 3	Mme Hélène est anxieuse, elle verbalise ses angoisses. Une visite est programmée pour évaluer la possibilité d'un retour au domicile chez sa fille. « <i>Ça va être compliqué</i> ». Elle ne veut « <i>ni un placement en maison de retraite ni être une charge pour ma fille</i> ».
Météo intérieure	« <i>Ça va être compliqué de se concentrer aujourd'hui</i> »
Réalisations de tournesols en aquarelle	Présentation de l'aquarelle, des couleurs primaires et réalisation d'association de couleurs. Mme Hélène est concentrée sur sa production avec un visage fermé jusqu'à la fin de la séance.
Evaluation	Elle se déprécie malgré quelques sourires mais elle est toujours volontaire pour poursuivre ses séances et

	améliorer sa production.
--	--------------------------

SEANCE 4 collective	Inquiète
Découverte des épices, de leur pays, des plats culinaires pour activer les sens et évoquer les souvenirs	Très réservée en début de séance, elle parle peu et de façon ciblée.
Réalisation d'un paysage avec collage d'épices	Elle se dévalorise en permanence mais le groupe est très porteur, bienveillant. L'activité est ludique et l'ambiance est détendue. Elle fait une grimace en regardant son œuvre, tous les patients rient. Elle éclate de rire. L'ambiance est joyeuse. Mme Hélène positionne spontanément son bras sur la table, que nous calons avec un coussin de positionnement. Elle tient sa feuille avec son bras gauche pour faciliter le collage.
Evaluation	Elle est joyeuse, elle a beaucoup apprécié la séance même si son œuvre ne la satisfait pas.

SEANCE 5	Séance limitée à 30 minutes pour faciliter la rééducation en kinésithérapie. Mme Hélène est mécontente et triste. Elle verbalise son handicap moteur au membre supérieur gauche et son angoisse pour le retour à domicile. Elle manque de confiance en ses capacités. Nous décidons d'installer son bras différemment pour « <i>qu'il participe à la séance</i> ». Auparavant sous la table, depuis ce jour nous l'installons sur la table, calé par des coussins pour qu'elle puisse l'utiliser.
Starter	Rappel des couleurs primaires, des associations de couleurs, des ombres et des lumières.
Tournesols à l'aquarelle	Mme Hélène devient autonome dans le choix des couleurs, elle prend des initiatives sans rechercher mon approbation.
Evaluation	Elle souhaite revenir le lendemain pour compléter sa séance.

SEANCE 6	Triste, Mme Hélène se plaint beaucoup. Elle verbalise son angoisse devant le retour à domicile, le handicap, le deuil de sa vie passée. Nous accueillons son discours avec bienveillance et empathie. Sa concentration est impossible. Elle parle de son mari et de sa maman décédés et rajoute « <i>le plus heureux est celui qui part en premier</i> ». Elle revient sur son état, ses objectifs de récupération. Elle parle d'insomnie, d'un sentiment de culpabilité et d'inutilité.
Tournesols à l'aquarelle	Nous lui proposons un temps de détente avant de se recentrer sur l'activité artistique. Nous lui précisons notre devoir de transmettre cette séance au médecin. Elle accepte cette décision.
Evaluation	Après ce temps de détente, Mme Hélène se recentre sur

	l'activité avec beaucoup d'attention
SEANCE 7	Après avoir vu médecin et neurologue, Mme Hélène est plus calme. Elle verbalise toutefois son inquiétude et son manque de confiance en ses capacités.
Starter	10 minutes de relaxation
Tournesols à l'aquarelle	Pour favoriser la créativité, le lâcher-prise, nous lui proposons de finir les tournesols à l'aquarelle sans modèle. Cette consigne la perturbe et la met en difficulté. Nous n'insistons pas et elle finira son œuvre avec modèle, sans hésitation et avec plaisir
Evaluation	Elle apprécie son œuvre mais ne souhaite pas l'exposer

SEANCE 8 collective	Observe les patients
Observation de photos de visages expressifs et reconnaissance des émotions (joie, peur, colère, tristesse...) pour favoriser l'échange et le partage et verbaliser les émotions, les expressions de visage	Séance avec ambiance rendue électrique par la présence d'un patient agressif. Mme Hélène communique spontanément. Elle s'affirme face au patient agressif (Mr Olivier).
Retravailler les expressions du visage sur une photo en noir et blanc et faire apparaître les émotions à travers la peinture par l'expression du visage et des couleurs	Elle montre son autonomie (se déplace avec son fauteuil, se lave les mains...). Bienveillante avec tous les participants, elle se projette dans l'avenir et réclame un arrière-petit-fils comme celui qu'elle retravaille sur la photo. Elle apprécie le pastel et se complimente. Pour signer, elle utilise sa main gauche pour ôter le capuchon et nous observons une satisfaction dans son regard. Mme Hélène prend confiance en elle et en ses capacités.
Evaluation	Elle est satisfaite de la séance mais ne souhaite pas exposer son œuvre.

SEANCE 9	Très joyeuse, Mme Hélène commente la séance collective
Découper une moitié d'image en noir et blanc et collage sur feuille Puis compléter la deuxième partie sur la feuille au pastel	Nous proposons à Mme Hélène de découper la feuille avec les ciseaux, elle hésite puis le fait. Elle est détendue. Nous observons une liberté d'expression affirmée. Elle rit beaucoup. Soudain elle nous précise « <i>vous allez rire ! On est là pour rire ! Si je vous dis ce que j'aimerais bien dessiner ... un arc en ciel au milieu des nuages sombres</i> ». Elle nous questionne sur l'utilisation des crayons de pastels secs.

	Pour clôturer nos séances, nous dessinons ensemble une tête de chien et nous lui proposons de la finir dans sa chambre. Nous lui mettons à disposition des crayons de pastel.
Evaluation	Elle est très satisfaite. Elle envisage de chercher une activité peinture pour s'occuper au retour à domicile.

Contre toute attente, le lendemain matin son dessin était terminé et elle souhaitait absolument l'exposer. Elle projetait l'achat d'un fauteuil électrique pour promener son chien et profiter de son jardin en toute « autonomie ».

2) Monsieur Albert 84 ans

Anamnèse

Monsieur Albert, 84 ans est marié avec 2 enfants.

Il vivait avec son épouse dans une maison à 2 étages sans aide à domicile.

Il était enseignant en maçonnerie dans un lycée d'apprentissage, métier qu'il a exercé pendant 36 ans.

Mr Albert est droitier.

Il aime la musique classique, le dessin, la lecture, le jardinage et la nature.

Passionné par son métier, il aime être au contact des jeunes pour leur transmettre son savoir.

Il est hospitalisé en unité neuro-vasculaire pour un déficit brutal de l'hémicorps gauche avec somnolence, hémiparésie* gauche, hypoesthésie* gauche, héminégligence* visuelle gauche et dysarthrie* en octobre 2017. Le scanner cérébral montre un hématome intra-parenchymateux* profond droit capsulo-thalamique*, avec inondation ventriculaire, dont la cause serait une poussée hypertensive chez un patient sous anticoagulant pour traitement d'une arythmie cardiaque avec fibrillation auriculaire (ACFA*).

Mr Albert est hospitalisé en centre de rééducation 12 jours après son accident. La bonne récupération motrice sera progressivement stoppée par l'apparition d'un syndrome anxieux-dépressif nécessitant la mise en place d'un traitement antidépresseur en décembre 2017.

A notre arrivée (4 mois après l'AVC*), il présente une héminégligence* visuelle et corporelle davantage prononcée. Moins volontaire dans la poursuite de son programme de rééducation, il a besoin de beaucoup de stimulations pour réaliser ses exercices et respecter une consigne.

Il présente des troubles de la mémoire avec confusion et agitation la nuit, des troubles de l'attention et de la concentration. A l'électro encéphalogramme, on observe un foyer lent fronto-temporal droit pouvant expliquer les troubles cognitifs*.

Il présente également des troubles praxiques* et des troubles moteurs à gauche. Ses troubles rendent impossible le retour à domicile.

Lors de notre première rencontre, le 1^{er} mars 2018, Mr Albert ne voit pas l'intérêt de participer à des séances d'art-thérapie. Il est apathique. Il présente un ralentissement psychomoteur avec confusion. Il ne souhaite pas s'engager par crainte de ne pouvoir suivre son programme complet de rééducation. Pour atténuer ses craintes, nous lui proposons une séance de découverte et lui laissons le choix du sujet.

Antécédents

Hypertension artérielle - Arythmies cardiaque et fibrillation auriculaire (ACFA) - Mélanomes cutanés - Cancer du rein opéré en 2014 sans insuffisance rénale – Glaucome - Prothèse de l'épaule droite

Traitements

DiffuK 600 mg gélule par voie orale : 1 gélule matin et soir.

Ce médicament contient du potassium (élément minéral indispensable au fonctionnement des cellules de l'organisme). Il est utilisé dans le traitement des hypokaliémies (déficit en potassium).

Hyperium 1 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le matin.

Ce médicament est un antihypertenseur. Il agit sur les centres nerveux intervenant dans la régulation de la tension artérielle.

Alprazolam (Xanax) 0,25 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé au coucher.

Ce médicament est un anxiolytique de la famille des benzodiazépines. Il est utilisé dans le traitement de l'anxiété. Il peut quelques fois provoquer des réactions paradoxales avec augmentation de l'anxiété, agitation, agressivité, confusion des idées, hallucinations.

Amlodipine 5 mg gélule par voie orale 2 gélules le matin.

Ce médicament est un antihypertenseur qui appartient à la famille des inhibiteurs calciques. Il agit en relâchant les vaisseaux sanguins. Il dilate également les artères coronaires, ce qui assure une augmentation des apports en oxygène au cœur.

Eliquis 5 mg comprimé par voie orale 1 comprimé à 8h et 20h.

Ce médicament est un anticoagulant oral. Il empêche la formation des caillots dans les vaisseaux sanguins en inhibant de façon sélective une enzyme spécifique de la coagulation, le facteur Xa.

Il est également utilisé dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux ischémiques et dans la prévention de la formation de caillots chez les adultes présentant un trouble du rythme cardiaque. Ce médicament est utilisé chez Mr Albert pour traiter l'ACFA*. La reprise d'anticoagulant a nécessité une discussion collégiale entre cardiologue, neurologue et rééducateur car ce médicament peut provoquer des saignements. L'introduction de cet anticoagulant fut progressive.

Imovane 7,5 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé au coucher. Ce médicament est un hypnotique utilisé dans le traitement de l'insomnie. Il peut provoquer des perturbations du goût.

Paroxétine (Déroxat) 20 mg comprimé par voie orale : ½ comprimé le soir.

Ce médicament est un antidépresseur qui appartient à la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Il est utilisé dans le traitement des états dépressifs. Il peut provoquer dans les premières semaines une diminution de l'appétit, somnolence ou au contraire insomnie, rêves anormaux, cauchemars, sensations vertigineuses, tremblements, maux de tête, manque d'attention, vision trouble, bâillements, vomissements, constipation, diarrhée.

Sotalol 80 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé matin et soir. Ce médicament appartient à la famille des bêtabloquants. Il bloque l'action de l'adrénaline sur le cœur et les vaisseaux. Il possède également des propriétés anti arythmiques. Il est utilisé dans les troubles du rythme cardiaque.

Valsartan (Tareg) 80mg comprimé par voie orale : 2 comprimés le matin. Ce médicament est un antihypertenseur qui appartient à la famille des inhibiteurs de l'angiotensine II. Il bloque l'action de l'angiotensine II. Cette substance, naturellement présente dans l'organisme, provoque une contraction des artères qui augmente la pression artérielle et fatigue le cœur. Ce médicament est utilisé pour traiter l'hypertension artérielle. Il peut provoquer une hypotension orthostatique.

Eductyl suppositoire par voie rectale 1 suppositoire le matin. Laxatif utilisé dans le traitement de la constipation. Il peut occasionner des sensations de brûlures anales.

Movicol poudre pour solution buvable par voie orale 1 à 2 sachets par jour selon besoin. Laxatif osmotique utilisé dans le traitement symptomatique de la constipation.

Xalatan 0,005% collyre par voie ophtalmique 1 goutte le soir au coucher
Collyre utilisé pour diminuer la tension intraoculaire. Il appartient à la famille des prostaglandines. Il est utilisé pour traiter le glaucome. Il peut provoquer une irritation oculaire.

Programme de rééducation

Kinésithérapie 5 heures par semaine / Ergothérapie 5 heures par semaine / Neuropsychologie 4 heures par semaine

Les objectifs thérapeutiques

Objectifs thérapeutiques généraux	Objectifs thérapeutiques intermédiaires
Améliorer le syndrome anxieux et dépressif	• Favoriser l'intérêt pour les séances et la créativité en activant les souvenirs émotionnels en lien avec sa profession (mise à disposition peinture, couteau, pinceau ...) • Favoriser la mise en confiance en sécurisant les séances (présenter l'atelier, le sujet, le matériel, expliquer la technique ; ritualiser le déroulement de la séance ; multiplier les repères, rassurer) ; en utilisant le mimétisme et le séquençage des séances pour aider à la compréhension • Favoriser l'attention et la concentration en limitant les stimuli extérieurs et en favorisant les activités avec planification et organisation des tâches, pour stimuler les fonctions exécutives* ; pour limiter les pensées négatives et détourner son esprit de ses préoccupations

Retrouver un élan positif à la rééducation	• Favoriser l'acceptation du handicap en sortant du cadre habituel pour permettre l'évasion, la détente et la créativité ; en favorisant la confiance en soi avec l'utilisation de ses capacités restantes, la valorisation de soi avec ses capacités d'adaptation au handicap ; en favorisant son autonomie dans la capacité à choisir, dans la réalisation de tâches • Favoriser la réalisation de soi en stimulant sa créativité avec des activités permettant d'exprimer ses idées, son originalité et son style ; en sollicitant le plaisir de créer librement pour se reconstruire autrement.
Rééduquer	• L'héminégligence* visuelle et corporelle en utilisant l'espace sur le support à peindre, en nous installant à sa gauche • Les fonctions exécutives* en travaillant sur le séquençage des séances, la planification, l'organisation des tâches • La motricité en travaillant sur la dextérité avec répétition du geste en favorisant les apprentissages implicites, le mimétisme inconscient ; et la coordination des mouvements à droite et à gauche.

Le déroulement des séances

SEANCE 1	
Météo intérieure	Mr Albert choisit un paysage d'automne car il aime beaucoup les couleurs retrouvées à cette saison
Exercice simple qui sollicite la créativité et l'imagination pour réaliser des bâtiments à partir de tâches de peinture tirées sur la feuille de bas en haut Réalisation dans un espace fermé sans musique pour favoriser l'attention et la concentration	Une image de construction type gratte-ciel était proposée comme image repère. Le choix des couleurs est difficile. La compréhension de la consigne, simple, n'est pas acquise. Le carton rigide utilisé pour tirer la peinture est très vite abandonné au profit du couteau qu'il compare à une truelle. Mr Albert apprécie le mélange de couleurs sur la palette et sur la feuille et montre une grande fierté. Il utilise la feuille principalement à droite. Nous le guidons pour tirer la peinture jusqu'à l'extrémité gauche de la feuille. Nous nous positionnons à gauche du patient pour travailler l'héminégligence mais laissons le matériel à droite pour favoriser le plaisir, l'accomplissement de la tâche et la valorisation de soi. Nous observons des difficultés dans la dextérité et la

	coordination des mouvements. Nous travaillerons la répétition du geste, le mimétisme dans le geste pour faciliter la compréhension et l'exécution des tâches
Evaluation	Satisfait par la séance, il demande spontanément à revenir.

SEANCE 2	Echange sur la réunion pluridisciplinaire vécue la veille
Météo intérieure	Paysage gris. Mr Albert est triste. Il évoque son futur placement en maison de retraite abordé en réunion de synthèse la veille, ses progrès limités en rééducation et la déception de son épouse. Après avoir vu sa production, il souhaite la continuer.
Amélioration production séance 1	Il est plus appliqué et plus concentré. Il travaille sur toute la feuille avec peu de rappel de notre part. Il apprécie mélanger les couleurs et affirme « <i>je suis l'as de la couleur</i> ». Il semble plus créatif « <i>on n'est pas obligé de suivre le modèle, on peut changer</i> ». Il refait le fond car il n'aime pas. Nous observerons sur sa production plusieurs superpositions de couleurs ; il a toutefois besoin d'approbation pour agir. Il commence à faire des traits à la main pour réaliser des immeubles.
Evaluation	Très fier de lui ; il montre sa production à son épouse à qui il a demandé de venir le rejoindre en fin de séance. Mr Albert souhaite améliorer sa production à la prochaine séance

SEANCE 3	Echange
Météo intérieure	N'a pas souhaité s'exprimer parce que trop intéressé par son œuvre à finir
Valorisation pour aller vers un élan positif Amélioration cognition et motricité	Mr Albert souhaite délimiter les espaces et dessiner des immeubles et fenêtres. Toujours très concentré, Mr Albert apprécie la séance. Il commence la séance sans météo intérieure, pressé d'améliorer son dessin. Nous travaillons la mémoire et le séquençage en rappelant les différentes étapes de sa production. Très motivé, il souhaite prolonger la séance. Rieur, il propose de signer son œuvre en inscrivant « <i>Monsieur l'AVC... il faut bien rire !</i> ». Il souhaite faire les immeubles et fenêtres à la règle. Malgré notre aide, il visualise ses difficultés et décide de les finir à main levée. Nous observons beaucoup de difficultés à lever le bras droit (séquelle de prothèse d'épaule droite) et décidons de l'installer à plat sur la table et ne plus l'installer sur le chevalet.
Evaluation	Mr Albert souhaite encore améliorer sa production à la prochaine séance

SEANCE 4	Echange
	Très appliqué, Mr Albert demande une règle pour faire des traits droits. Il utilise la règle seul, ses mouvements sont précis. Il corrige ses erreurs en épaississant les traits qui délimitent les immeubles et les fenêtres pour rajouter des ombres. Il modifie la taille des fenêtres laissant percevoir une perspective. Il imagine des pignons sans fenêtre. Il mémorise les informations.
Evaluation	Mr Albert est très volontaire. Il demande à participer à la séance collective, et souhaite réaliser des séances supplémentaires.

SEANCE 5	Echange
Starter	Rappel des couleurs de l'automne, échange sur l'automne, les odeurs, les ressentis en insistant sur l'atmosphère du paysage automnal.
Superposition de couleurs au coton tige sur une reproduction en noir et blanc d'un paysage automnal. Cette réalisation nécessite patience, coordination et planification.	Nous rappelons les consignes (coton tige à changer après chaque couleur, utilisation des couleurs de la plus claire à la plus foncée), Très concentré et appliqué, Mr Albert est totalement autonome. Il parle peu. Il peint de gauche à droite, il choisit ses couleurs, il réalise ses mélanges, il coordonne ses gestes, il développe sa créativité et prend beaucoup de plaisir.
Evaluation	Il apprécie la séance

SEANCE 6	Echange et rappel des couleurs d'automne
Paysage automnal au coton-tige	Très concentré et appliqué, Mr Albert est totalement autonome dans l'activité. Il adapte le choix des couleurs pour travailler les ombres du sous-bois, la lumière, les contrastes. La compréhension des consignes est soutenue, ses gestes sont précis.
Evaluation	Il apprécie beaucoup les séances, <i>« j'aime bien être occupé, chez moi je faisais toujours quelque chose »</i> , Il parle au passé et considère qu'il va mieux.

SEANCE 7 collective	Mr Albert arrive le premier, il est très expressif avant l'arrivée des autres personnes.
Observation de photos de visage expressifs et reconnaissance des émotions (joie, peur, colère, tristesse...) pour	Ambiance de la séance rendue électrique par la présence d'un patient agressif. Mr Albert est en retrait, il s'exprime peu et avec hésitation.

favoriser l'échange et le partage et verbaliser les émotions, les expressions de visage	
Retravailler les expressions du visage sur une photo en noir et blanc et faire apparaître les émotions à travers la peinture par l'expression du visage et des couleurs	Mr Albert est plus détendu en milieu de séance, entouré de jeunes stagiaires infirmières (rappel de souvenirs en tant que professeur investi dans l'encadrement d'élèves). Il est joyeux mais peu actif dans sa réalisation. Il hésite, il teste différents types de matériel (les feutres, les pastels, les pastels aquarellables...) et de nombreuses couleurs. Il s'éparpille, il parle beaucoup, il rit. Il est peu concentré.
Evaluation	Mr Albert n'aime pas sa production. Il n'a pas pu réaliser ce qu'il souhaitait. Il a beaucoup apprécié la séance, entouré de stagiaires. Leur présence lui « <i>rappelait ses élèves...</i> »

SEANCE 8	
Météo intérieure	Mr Albert est impatient de finir sa production
Fin du paysage automnal au coton tige	Mr Albert est très autonome et calme. Il teste différents matériels (coton tige, pinceau), il prend des initiatives, fait des mélanges de couleurs. Toutefois en deuxième partie de séance, nous observons l'apparition d'une fatigue rendant plus difficile la coordination des mouvements. Pour rappel, la séance a lieu en fin d'après-midi après sa séance de kinésithérapie.
Evaluation	Mr Albert est très fier de lui, ses yeux pétillent de joie, son visage est détendu et son sourire éclatant. Il précise « <i>ça fait du bien à la tête ... on rigole...j'aurai bien aimé continuer !</i> ». Très satisfait, Mr Albert souhaite exposer ses œuvres dans sa chambre.

3) Monsieur Olivier 57 ans

Anamnèse

Monsieur Olivier 57 ans est marié, père de 2 enfants de 13 et 17 ans.

Ancien architecte des bâtiments de France, il est en recherche d'emploi depuis 2014.

Mr Olivier présente un quotient intellectuel supérieur à la normale. Depuis très jeune, il est très affirmé et en opposition avec son père. Son père est décédé d'un accident vasculaire cérébral à 50 ans. Mr Olivier exprime beaucoup d'émotion et de souffrance en évoquant le souvenir de son père.

Il a suivi une formation à l'école des Beaux-Arts et bénéficie d'une culture artistique très développée. Il pratiquait la calligraphie. Très perfectionniste, il aimait la précision du geste qu'il retrouvait dans cette technique.

Mr Olivier est droitier.

Il aime le dessin, la peinture, la guitare acoustique et la trompette. Il apprécie la musique classique et la musique indienne.

En avril 2017, il est hospitalisé en unité neuro-vasculaire pour un accident vasculaire cérébral hémorragique avec un hématome profond thalamo-capsulo-lenticulaire* donnant un déficit proportionnel de l'hémicorps gauche compliqué d'une inondation ventriculaire et d'un début d'engagement* nécessitant une réanimation prolongée.

2 mois et demi plus tard, il est accueilli en centre de rééducation avec une hémiplégie* gauche complète et une dépendance totale. Il présente une héminégligence* gauche visuelle et corporelle, des troubles de la cognition* (communication et conscience du monde extérieur).

6 mois après son AVC* hémorragique, en centre de rééducation, un IRM* cérébral de contrôle montrera des images d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques multiples et de petites tailles dont une image lacunaire ischémique récente temporale droite avec hypo-perfusion* du territoire sylvien droit. Cet accident ischémique cérébral, chez un patient avec de nombreux facteurs de risques cardiovasculaires (antécédent de fibrillation auriculaire* et hyperexcitabilité cardiaque), est dû à une maladie des petites artères.

En cours d'hospitalisation sera également découvert un nodule thyroïdien.

A notre arrivée en février 2018 (10 mois après l'AVC* hémorragique), Mr Olivier présente une hémiplégie* gauche sévère avec une spasticité* majeure, une position assise avec un léger décollage à droite, une héminégligence* visuelle et corporelle, une relation à l'autre compliquée, une angoisse permanente associée à une difficulté de projection dans l'avenir, une agressivité trouvant son origine dans l'image qu'il renvoie et sa dépendance, un sentiment d'inutilité, un refus d'acceptation du handicap.

Mr Olivier recherche une réconciliation avec sa pratique artistique beaucoup moins perfectible qu'auparavant. Il souhaite trouver une technique adaptée à son handicap lui permettant de prendre du plaisir et de se projeter dans l'avenir.

Antécédents

Diabète de type 2 - Hypertension artérielle - Dyslipidémie - Obésité - Lithiase urinaire à répétition avec augmentation de l'acide urique - Troubles du rythme cardiaque - Episodes d'absence en 2014 avec images lacunaires dans les régions fronto-pariétale, occipitale et capsulo-lenticulaire – Micro-angiopathie*- Nodule thyroïdien-

Traitement :

Insuline Lantus 100 UI/ml solution injectable en voie sous cutanée 23 unités le matin

Insuline d'action longue. Elle est absorbée lentement et nécessite une seule injection par jour. Elle est utilisée pour traiter un diabète. Elle peut provoquer des hypoglycémies nécessitant de réajuster la dose.

Insuline Novorapid 100 UI/ml solution injectable en voie cutanée entre 0 et 8 Unités selon un protocole médical matin et soir

Insuline d'action rapide, elle diminue le pic de glycémie après le repas. Elle agit 15 minutes après l'injection jusqu'à 4h. Elle est utilisée dans le traitement du diabète. Elle peut provoquer des hypoglycémies nécessitant de réajuster le traitement.

Pantoprazole 40 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le soir.

Ce médicament appartient à la famille des inhibiteurs de la pompe à proton. Il est utilisé dans le traitement des brûlures gastriques et des reflux gastro-oesophagien.

Atarax 25 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé au coucher

Ce médicament appartient à la famille des anxiolytiques. Il est utilisé dans le traitement de l'anxiété. Il peut provoquer une somnolence, une constipation et des troubles de l'accommodation.

Cordarone 200 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le matin.

Ce médicament appartient à la famille des anti-arythmiques. Il ralentit et régularise le rythme cardiaque. Il est utilisé pour traiter les troubles du rythme cardiaque. Il peut provoquer des anomalies du fonctionnement de la thyroïde et un ralentissement important du rythme cardiaque.

Crestor 5 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le soir

Ce médicament est un hypolipidémiant de la famille des statines. Il permet de diminuer les taux de cholestérol et triglycérides dans le sang.

Dafalgan codéiné comprimé par voie orale 2 comprimés matin, midi, soir et au coucher.

Ce médicament contient deux antalgiques : le paracétamol et un opiacé (il renforce l'action du paracétamol en agissant sur la perception de la douleur par le cerveau). Il peut provoquer une somnolence, des vertiges, des nausées, des vomissements et une constipation.

Diffu K 600 mg gélule par voie orale : 2 gélules le soir

Ce médicament contient du potassium (élément minéral indispensable au fonctionnement des cellules de l'organisme). Il est utilisé dans le traitement des hypokaliémies (déficit en potassium).

Duphalac 10 g solution buvable en sachet de 15ml : 2 sachets le soir

Ce médicament est utilisé dans le traitement symptomatique de la constipation. Il appartient à la famille des laxatifs.

Gabapentine 400 mg (soit 300 mg + 100 mg) gélule par voie orale : 1 gélule matin, midi et soir.

Ce médicament est un antiépileptique utilisé dans le traitement des crises d'épilepsie. Il peut provoquer des somnolences, étourdissements, fatigue, difficultés de coordination des mouvements.

Kardégic 160 mg sachet en poudre pour solution buvable : 1 sachet le soir.

Ce médicament contient de l'aspirine. Il est utilisé pour fluidifier le sang et prévenir les récurrences de maladies cardiovasculaires (microangiopathie). Il peut provoquer des gastrites, des douleurs abdominales et des saignements.

Lévothyrox 25 ug comprimé par voie orale : 1 comprimé le matin.

Il contient une hormone thyroïdienne. Il est utilisé dans le traitement des hypothyroïdies. Il doit être pris à jeun et une demi-heure avant le petit déjeuner. Il peut accentuer les troubles cardiaques.

Loxen LP (libération prolongée) 50 mg gélule par voie orale : 1 gélule matin et soir.

Ce médicament est un vasodilatateur de la famille des inhibiteurs calciques. Il est utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle. Il peut provoquer une rougeur du visage, des bouffées de chaleur, des maux de tête (conséquence de la dilatation des vaisseaux).

Périndopril (Coversyl) 2 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le matin.

Ce médicament appartient à la famille des Inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Il bloque la formation de l'angiotensine II, une substance responsable d'une contraction des artères qui augmente la tension artérielle et fatigue le cœur.

Il est utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque et dans la prévention des accidents cardiovasculaires.

Venlafaxine (Effexor) LP 75 mg gélule par voie orale : 1 comprimé le matin.

Ce médicament est un antidépresseur de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Il est utilisé dans le traitement des états dépressifs. Il peut provoquer des maux de tête, nausées, bouche sèche, transpiration excessive (notamment sueurs nocturnes), insomnie ou au contraire somnolence, rêves anormaux, nervosité, confusion des idées.

Xatral LP 10 mg comprimé par voie orale : 1 comprimé le soir.

Ce médicament appartient à la famille des alpha-bloquants. Il lutte contre la contraction des voies urinaires. Il est utilisé dans le traitement des troubles urinaires dus à un adénome de la prostate.

Programme de rééducation :

Kinésithérapie 5 heures par semaine / Ergothérapie 5 heures par semaine / Neuropsychologie 4 heures par semaine / Orthophonie 1 heure par semaine.

Objectifs thérapeutiques

Objectifs thérapeutiques généraux	Objectifs thérapeutiques intermédiaires
Amélioration du syndrome anxieux dépressif	• Sécuriser les séances en présentant l'atelier, le sujet, le but ; ritualiser le déroulement de la séance ; multiplier les repères, rassurer. • Favoriser l'acceptation du handicap en sortant du cadre habituel pour permettre l'évasion, la détente et la créativité ; en favorisant les capacités restantes ; en favorisant l'autonomie dans la pratique artistique (attention à la disposition du matériel) ; en favorisant son autonomie dans la capacité à choisir • Favoriser la réalisation de soi en stimulant sa créativité par des activités permettant d'exprimer ses idées, son originalité et son style ; en lui attribuant un rôle pendant la séance collective
Instaurer un élan positif à la projection dans l'avenir	• Favoriser le sentiment d'utilité en accentuant la valorisation de soi et l'estime de soi (activités mettant en œuvre ses connaissances et sa culture (mélange de couleurs, épices et pays, musique...)) pour aboutir à la transmission d'un savoir ; Lui donner un but, un rôle précis, des responsabilités au sein du groupe Adapter le matériel pour favoriser son autonomie • Favoriser le lâcher-prise associé au plaisir créatif en lui laissant exprimer ses idées, son imagination, sa créativité (utilisation des encres de couleurs) Mettre en place des activités ne nécessitant pas un contrôle du geste ni

	une dextérité fine (encre à la paille sur feuille mouillée) • Favoriser la communication avec autrui en organisant des séances collectives en petit groupe permettant l'échange et le partage • Favoriser l'autonomie avec des sujets libres et un matériel adapté pour développer sa créativité et renforcer l'acceptation de soi autrement • Favoriser la confiance en soi en utilisant ses compétences et son savoir-faire technique dans le choix des couleurs, du matériel, du bon support...
Rééduquer	• L'héminégligence visuelle et corporelle en utilisant l'espace sur le support à peindre, en m'installant à sa gauche • La posture corporelle en favorisant une installation adaptée (coude et main gauches calés légèrement en arrière pour provoquer une ouverture du thorax) ; en proposant des séances sur un chevalet portable installé sur la table ;

Dérouler des séances

SEANCE 1 Temps d'échange sur l'objectif de la séance et le cadre thérapeutique	Nous lui rappelons - qu'il possède beaucoup de connaissances artistiques et que nous ne sommes pas en atelier pour lui en apprendre (nous valorisons ainsi ses compétences) ; - qu'il peut également apporter son aide en matière de technique artistique (transmission de son savoir) - que l'objectif sera de développer sa créativité et trouver avec lui un nouveau style avec la technique qui pourrait lui correspondre aujourd'hui - que l'objectif sera d'oublier la précision du geste qui ne le satisfait plus (rappel du passé, la comparaison avec ses œuvres réalisées dans le passé entraîne une dévalorisation et accentue sa perception négative du handicap) Toutes ces remarques avaient déjà été clairement abordées par Monsieur Olivier en séance d'ouverture.
Météo intérieure	Paysage d'automne en photographie ; il commente la photo et les œuvres exposées dans la salle

Mélange de couleurs avec des encres colorées sur feuille mouillée	Il ne respecte pas la consigne et dessine au pinceau sur feuille mouillée « <i>je m'enferme encore dans des gestes stupides</i> ». Nous lui proposons d'essayer cette technique sans pinceau en faisant les mélanges sur la feuille « <i>vous n'avez qu'à dire que mon dessin est nul</i> ». Nous lui expliquons que notre rôle n'est pas de juger son travail mais de le guider vers la créativité et le plaisir artistique. Mr Olivier se calme et fait des petits points sur son dessin au rythme de la musique. Il se qualifie d'« <i>homme mort</i> » et précise « <i>avant quand j'étais vivant</i> ».
Evaluation	Mr Olivier n'est ni satisfait de sa production, « <i>ni satisfait du bonhomme</i> »

SEANCE 2	Mr Olivier choisit un paysage dans la brume avec un coucher de soleil
Reproduire un dessin en faisant des tâches avec l'encre de couleurs sur feuille mouillée pour stimuler la créativité sans faire intervenir la précision du geste.	Mr Olivier aperçoit un dessin à l'encre avec mouvements de l'encre réalisés à la paille. Il choisit cette méthode (autonomie et liberté dans le choix de la technique). Il décide de reproduire la photographie choisie pour qualifier sa « météo intérieure ». Il travaille sur la partie gauche de la feuille en début de séance.
AutEvaluation	Il apprécie sa production et se projette pour l'améliorer à la prochaine séance. Il apprécie la technique et ne se dévalorise pas.

SEANCE 3	Patient fatigué
Météo intérieure	Même photo qu'en séance 1
Réalisation d'une composition graphique abstraite avec feutre noir en traçant courbes et boucles sur la feuille puis coloration des formes pour laisser apparaître un dessin figuratif (activité nécessitant attention et précision, hasard et spontanéité, mobilisation du corps par des gestes amples sur grand format sur chevalet)	Mr Olivier est vite distrait et se disperse ; ce qui diminue la productivité de la séance. Il souhaite utiliser l'aquarelle en lavis et reste dans la maîtrise du geste. Il souhaite continuer sa production sur chevalet ce qui rend difficile le coloriage des formes. Il développe précision, attention et concentration dans la réalisation de son geste. Nous finirons la séance en attirant son attention sur le choix des couleurs.
Evaluation	Discussion sur la technique employée qu'il apprécie.

SEANCE 4	Monsieur Olivier est très présent
Découverte des épices, de leur pays, des plats	Monsieur Olivier participe activement. Il commente, apporte son savoir et transmet ses connaissances aux

culinaires	autres patients. Séance très enrichissante. Il est visiblement dans l'échange et le partage.
Réalisation d'un paysage avec collage d'épices	Très concentré et appliqué, il analyse les épices à utiliser pour mettre en valeur son paysage.
Evaluation	Il est bienveillant avec le groupe et ne se dévalorise pas.

SEANCE 5	Monsieur Olivier souhaite terminer sa production à l'encre Il a beaucoup apprécié cette activité.
Météo intérieure	Mr Olivier choisit un paysage très sombre dans la neige et le brouillard.
Encres colorées	Monsieur Olivier est en colère. Aucun horaire de rendez-vous n'a été respecté pendant sa journée. « <i>la paille est trop grosse</i> », « <i>il me faut une plume</i> », « <i>vous n'avez pas de porte-plume</i> » Nous lui mettons une musique pour se détendre « <i>elle est nulle</i> » Il est tendu et n'arrive pas à passer à l'action, il s'éparpille, son discours diverge. Il fera seulement 2 points blancs qu'il définira comme « <i>l'œil et le museau du monstre</i> » Nous finissons la séance sur une note positive avec une musique indienne qu'il apprécie tout particulièrement et un temps de relaxation
Evaluation	Dans la négation

SEANCE 6 collective	Communication entre patients
Observation de photos de visage expressifs et reconnaissance des émotions (joie, peur, colère, tristesse...) pour favoriser l'échange et le partage et verbaliser les émotions, les expressions de visage	Monsieur Olivier est agressif. Son comportement est très différent de la première séance collective. Il est difficile de lui donner des responsabilités.
Retravailler les expressions du visage sur une photo en noir et blanc et faire apparaître les émotions à travers la peinture par l'expression du visage et des couleurs	Il se laisse glisser du fauteuil, il critique « <i>les vieux</i> », « <i>les handicapés</i> ». Il veut « <i>enlaidir</i> » sa photo et rajoute « <i>vous enlaidissez les vieux</i> », « <i>vous vous moquez</i> », « <i>vous le faites exprès</i> ». Nous devons stopper ses interventions pour protéger le groupe. Nous le recentrons sur l'activité et lui refixons l'objectif de la séance. Nous finissons par un temps d'échange sur les productions de chacun.
Evaluation	La séance ne lui a pas plu et il n'a pas pu exprimer sa créativité

SEANCE 7 Durée 2 heures, après accord du médecin	Pour sa dernière séance, Mr Olivier souhaite être productif. Nous refixons l'objectif et rappelons la nécessité de se recentrer sur l'activité pour favoriser sa productivité (concentration et attention)
Sujet libre	Choix de la technique artistique et du sujet Il décide de réaliser une branche d'olivier pour évoquer la Provence et réfléchit sur les associations de couleurs Il utilisera les encres pour favoriser sa créativité
Branche d'olivier avec encres colorées et paille	L'ambiance est calme, propice à l'expression artistique. Mr Olivier est concentré. Il s'éparpille mais se recentre vite sur l'activité après notre rappel de consignes (2h de séance = 1oeuvre) Il associe les couleurs. Il maîtrise la technique que nous abordons, les ombres, les lumières. Il nous précise préférer le geste non maîtrisé. Nous l'encourageons à développer cette activité et lui laissons du matériel à disposition dans le service. Il précise <i>« je n'ai pas beaucoup créé mais ces séances m'ont fait un bien fou, dommage que vous partiez »</i> .
Evaluation	Il est fier de lui, il se félicite. Pour la première fois, Mr Olivier souhaite afficher son œuvre dans sa chambre. Ce choix démontre une grande satisfaction de sa part.

Chapitre 3 Résultats

Des grilles d'observation ont été réalisées au cours des différentes séances en art-thérapie selon le modèle explicité précédemment (Cf supra chapitre 2 paragraphe A.3). Afin d'analyser les résultats, un tableau complémentaire en couleur fut instauré avec en jaune les deux meilleures performances possibles. Des courbes ont été réalisées selon une moyenne établie pour visualiser les axes de régression des symptômes anxieux dépressifs et les axes de progression de la motricité, de la cognition et de l'acceptation du handicap. Pour observer l'évolution de l'anxiété, la dépression, la fonction motrice, la fonction cognitive et l'acceptation de soi, une moyenne des résultats a été effectuée par thème.

A. Analyse des résultats de Madame Hélène

Madame Hélène	S 1	S 2	S 3	S G	S 5	S 6	S 7	S G	S 9
CREATIVITE 0. Aucune 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Elan créatif	1	2	1	1	0	0	1	2	3
Imagination	0	2	0	1	1	0	2	2	3
Capacités à choisir	1	1	1	1	1	1	2	3	3
Autonome dans l'activité	0	1	0	1	1	0	1	2	3
Lâcher prise	0	1	0	1	0	0	2	3	3
Sourires	0	1	1	2	1	0	1	2	3
S'affirme	1	1	1	1	1	1	1	3	3
Plaisir ressenti	1	2	1	0	0	1	1	2	3
Se valorise	0	1	1	0	0	0	2	2	2
FRENCHAY ARM TEST 0. Jamais 1. Avec aide 2. Sans aide 3. Souvent									
Tire un trait à la règle	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Prend et lâche un cylindre	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Utilise la pince	0	0	0	2	0	0	0	0	3
MOTRICITE 0. Impossible /Difficile 1. Avec aide 2. Faible 3. Aisée									
Posture corporelle	0	0	0	2	1	0	1	2	2
Dextérité gauche	0	0	0	1	0	0	0	1	2
ESTIME DE SOI 0. Aucune/ Jamais 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Confiance en soi	0	1	1	1	0	0	1	2	2
Initiatives/prise de risque	1	2	0	0	1	1	1	2	3
Utilisation des parties atteintes	0	0	0	1	0	0	0	2	2
Valorisation de soi	0	1	1	0	1	0	2	2	2
ANXIETE selon l'échelle de Hamilton (ANNEXE) 0. Absente 1. Légère 2.Forte 3.Maximale/invalidante									
Humeur anxieuse (inquiétude)	1	1	1	2	2	3	2	0	0
Troubles de la concentration mémoire	1	1	1	0	3	3	2	0	0
Humeur dépressive (perte d'intérêt)	2	1	2	1	2	2	1	0	0
Tension (fatigue, pleurs, sursaut...)	2	2	1	1	3	3	2	1	0
Symptômes somatiques musculaire (tension musculaire du visage)	2	2	1	1	2	3	1	0	0
DEPRESSION selon l'échelle de dépression de Hamilton HDRS									

Selon cotation HDRS (Annexe) de 0. à 4.									
Humeur dépressive (tristesse)	3	3	4	2	4	4	1	0	0
Sentiment de culpabilité	2	2	2	2	3	3	0	0	0
Travail activité (élan pour faire)	2	2	3	3	3	3	2	1	0
Ralentissement de pensée (concentration)	2	1	1	1	3	3	2	0	0
Anxiété psychique	3	3	3	2	4	4	2	0	0
Prise de conscience (acceptation du handicap) de 0 à 2	1	1	1	1	0	0	1	2	2

Me Hélène	S 1	S 2	S3	S4 GROU	S5	S6	S7	S8 GROU	S9
CREATIVITE									
Elan créatif	1	2	1	1	0	0	1	2	3
Imagination créativité et force de proposition	0	2	0	1	1	0	2	2	3
Capacités à choisir	1	1	1	1	1	1	2	3	3
Autonome dans l'activité artistique	0	1	0	1	1	0	1	2	3
Lâcher prise	0	1	0	1	0	0	2	3	3
Sourires	0	1	1	2	1	0	1	2	3
Affirmation de soi/ assurance	1	1	1	1	1	1	1	3	3
Plaisir ressenti	1	2	1	0	0	1	1	2	3
Se valorise	0	1	1	0	0	0	2	2	2
FRENCHAY ARM TEST									
Prendre et lâcher un cylindre	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Ouvre et ferme une pince à linge	0	0	0	2	0	0	0	0	3
MOTRICITE									
Posture corporelle	0	0	0	2	1	0	1	2	2
Dextérité gauche	0	0	0	1	0	0	0	1	2
ESTIME DE SOI									
Confiance en soi	0	1	1	1	0	0	1	2	2
Initiatives/prise de risque	1	2	0	0	1	1	1	2	3
utilisation des parties atteintes	0	0	0	1	0	0	0	2	2
valorisation de soi	0	1	1	0	1	0	2	2	2
ANXIETE									
Humeur anxieuse, inquiétude	1	1	1	2	2	3	2	0	0
Fonctions cognitives	1	1	1	0	3	3	2	0	0
Humeur dépressive/perte d'intérêt	2	1	2	1	2	2	1	0	0
Tension (fatigue , sursaut pleurs...)	2	2	1	1	3	3	2	1	0
symptômes somatiques d'origine musculaire	2	2	1	1	2	3	1	0	0
DEPRESSION selon l'echelle de depression de Hamilton HDRS Cotation de 0 à 4									
Humeur dépressive	3	3	4	2	4	4	1	0	0
Sentiment de culpabilité	2	2	2	2	3	3	0	0	0
Travail et activité = élan pour faire	2	2	3	3	3	3	2	1	0
ralentissement (lenteur de la pensées et du la	2	1	1	1	3	3	2	0	0
anxiété psychique	3	3	3	2	4	4	2	0	0
Prise de conscience de 0 à 2	1	1	1	1	0	0	1	2	2

Figure 4 tableau récapitulatif des résultats selon les grilles d'observation

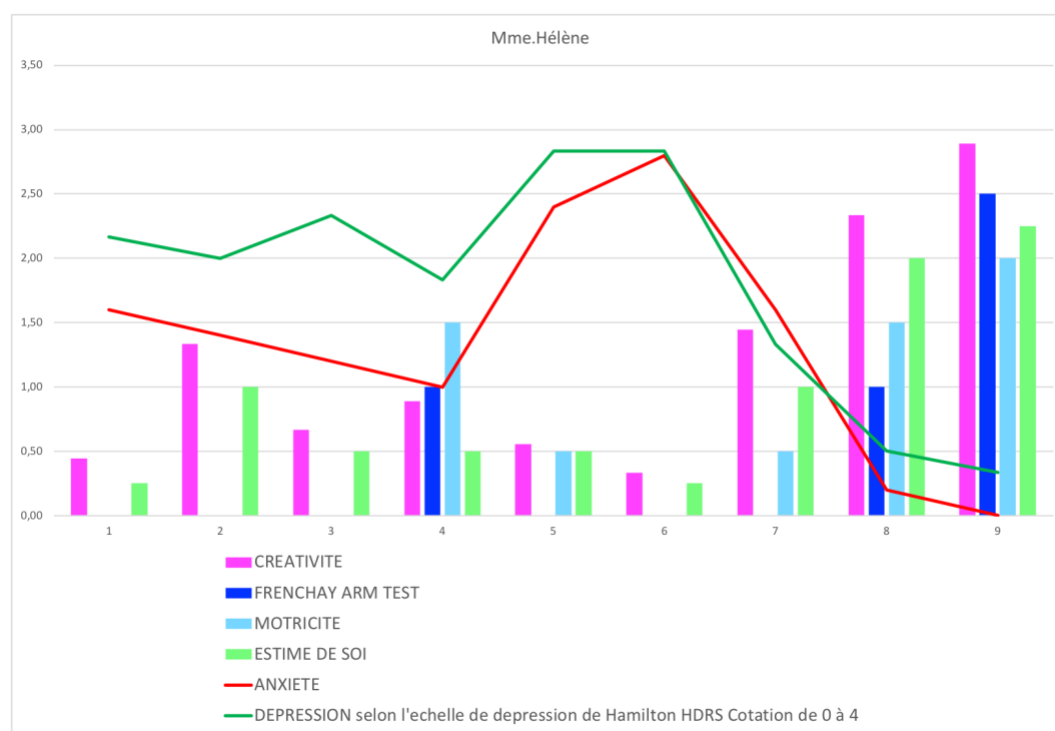


Figure 5. Évolution des symptômes anxieux dépressifs en fonction des séances

Concernant Madame Hélène, après analyse du tableau récapitulatif des résultats des observations en séance, nous distinguons trois phases dans l'évolution des séances.

La première phase, de la séance 1 à 4, correspond à un mal-être de Madame Hélène qui se manifeste par la présence de symptômes dépressifs majeurs et de symptômes somatiques d'anxiété, constaté également par le service de soin et rapporté par les équipes soignantes, sans troubles cognitifs* associés.

Nous observons une légère amélioration des symptômes somatiques d'anxiété dès la séance 3. Le peu de créativité observé à la première séance, dû à la découverte de la technique artistique, s'améliore dès la deuxième séance après rassurance et mise en confiance.

Au cours de cette phase, nous observons une motricité inexistante à gauche avec ignorance du bras atteint, installé à la demande de la patiente sous la table.

Toutefois, la séance collective a été bénéfique sur l'anxiété et la motricité. En effet, Mme Hélène est joyeuse ; elle installe sa main gauche sur la table et tient sa feuille pour dessiner et coller.

La deuxième phase, de la séance 5 à 7, correspond à une détresse verbalisée par Madame Hélène présentant des symptômes anxieux et dépressifs sévères accentuant les troubles cognitifs*, jusqu'alors inexistants. Le manque de confiance en elle limite ses initiatives dans le processus créatif pénalisant la liberté de créer. Toutefois, un léger mieux-être en séance 7 laisse entrevoir une amélioration des symptômes anxieux, des symptômes dépressifs et une réactivation du processus créatif avec une meilleure perception de soi.

La dernière phase montre un élan créatif augmenté avec rassurance et affirmation de ses choix. Madame Hélène s'affirme en séance collective, prend des initiatives artistiques. En dernière séance, l'idée spontanée de dessiner un arc-en-ciel la surprend et l'enthousiasme.

On observe en parallèle une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, une augmentation de la motricité à gauche, une estime de soi renforcée et une tendance à accepter et s'adapter à sa déficience.

B. Analyse des résultats de Monsieur Albert

Monsieur Albert	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9
CREATIVITE 0. Aucune 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Elan créatif	1	1	2	2	3	3	2	3	
Imagination	0	1	2	3	3	3	2	2	
Capacités à choisir	0	1	2	3	3	2	3	3	
Autonome dans l'activité	0	0	1	2	2	3	2	3	
Lâcher prise	0	0	1	2	2	3	3	3	
Sourires	1	1	1	2	2	2	2	2	
S'affirme	1	2	3	3	3	3	2	3	
Plaisir ressenti	1	2	2	2	3	3	3	3	
Se valorise	0	1	1	2	3	3	1	3	
FRENCHAY ARM TEST 0. Jamais 1. Avec aide ou hésitation 2. Sans aide 3. Souvent									
Tire un trait à la règle	0	0	1	2	/	/	/	/	
Prend et lâche un cylindre	1	1	2	3	3	3	3	3	
Utilise la pince	1	1	2	3	3	3	3	2	
MOTRICITE 0. Impossible /Difficile 1. Avec aide 2. Faible 3. Aisée									
Posture corporelle	0	1	2	2	3	3	3	2	
Dextérité gauche	0	1	2	3	3	3	3	3	
ESTIME DE SOI 0. Aucune/ Jamais 1. Peu 2.Souvent 3. Toujours									
Confiance en soi	1	1	2	2	3	3	1	3	
Initiatives/prise de risque	0	1	3	3	3	3	1	2	
Utilisation des parties atteintes	1	1	2	3	3	3	2	3	
Valorisation de soi	0	1	1	2	3	3	1	3	
ANXIETE selon l'échelle de Hamilton (Annexe) 0. Absente 1. Légère 2. Forte 3. Maximale / invalidante									
Humeur anxieuse (inquiétude)	2	3	1	1	0	0	0	0	
Troubles de la concentration mémoire	3	2	2	2	0	0	1	0	
Humeur dépressive (perte d'intérêt)	3	2	0	0	0	0	0	0	
Tension (fatigue, pleurs, sursaut...)	2	3	1	0	0	0	0	0	
Symptômes somatiques musculaire (tension musculaire du visage)	2	2	1	0	0	0	1	0	
DEPRESSION selon l'échelle de dépression de Hamilton HDRS Selon cotation HDRS (Annexe) de 0. à 4.									
Humeur dépressive (tristesse)	3	4	2	2	1	0	0	0	
Sentiment de culpabilité	2	2	0	0	0	0	0	0	
Travail activité (élan pour faire)	3	2	1	0	0	0	1	0	
Ralentissement de pensée (concentration)	3	2	1	0	0	0	1	0	

Anxiété psychique	3	4	1	0	0	0	1	0	
Prise de conscience (acceptation du handicap) cotation de 0. à 2.	0	1	2	2	2	2	2	2	
NEGLIGENCE Batterie de C.Bergego 0. Sévère 1.Modérée 2. Discrète 3. Aucune									
Oubli hémicorps gauche	0	1	1	1	2	2	2	2	
Difficulté à trouver le matériel	0	1	2	2	2	3	1	3	
Utilisation de l'espace sur support	1	2	3	3	3	3	1	3	
MESURE FONCTIONS MENTALES 0. Absente 1. Légère 2. Forte 3. Maximale / invalidante									
Mémoire	1	1	2	2	3	3	2	3	
Compréhension	0	1	1	2	3	3	2	3	
Concentration	1	2	3	3	3	3	1	3	

Figure 6. Grille d'observation

Mr Albert	S 1	S 2	S3	S4	S5	S6	S7 GROUPE	S8
CREATIVITE								
Elan créatif	1	1	2	2	3	3	2	3
Imagination créativité et force	0	1	2	3	3	3	2	2
Capacités à choisir	0	1	2	3	3	2	3	3
Autonome dans l'activité artis	0	0	1	2	2	3	2	3
Lâcher prise	0	0	1	2	2	3	3	3
Sourires	1	1	1	2	2	2	2	2
Affirmation de soi/ assurance	1	2	3	3	3	3	2	3
Plaisir ressenti	1	2	2	2	3	3	3	3
Se valorise	0	1	1	2	3	3	1	3
FRENCHAY ARM TEST								
tire un trait à la règle	0	0	1	3	/	/	/	/
Prendre et lâcher un cylindre	1	1	2	3	3	3	3	3
Ouvre et ferme une pince à lin	1	1	2	3	3	3	3	2
MOTRICITE								
Posture corporelle	0	1	2	2	3	3	3	2
Dextérité gauche	0	1	2	3	3	3	3	3
ESTIME DE SOI								
Confiance en soi	1	1	2	2	3	3	1	3
Initiatives/prise de risque	0	1	3	3	3	3	1	2
utilisation des parties atteinte	1	1	2	3	3	3	2	3
Valorisation de soi	0	0	0	2	2	3	1	3
ANXIETE								
Humeur anxieuse, inquiétude	2	3	1	1	0	0	0	0
Fonctions cognitives	3	2	2	1	0	0	1	0
Humeur dépressive/perce d'int	3	2	0	0	0	0	0	0
Tension (fatigue , sursaut ple	2	3	1	0	0	0	0	0
symptômes somatiques d'orig	2	2	1	0	0	0	1	0
DEPRESSION selon l'échelle de depression de Hamilton HDRS Cotation de 0 à 4								
Humeur dépressive	3	4	2	2	1	0	0	0
Sentiment de culpabilité	2	2	0	0	0	0	0	0
Travail et activité = motivation	3	2	1	0	0	0	1	0
ralentissement (lenteur de la	3	2	1	0	0	0	1	0
anxiété psychique	3	4	1	0	0	0	1	0
Prise de conscience de 0 à 2	0	1	2	2	2	2	2	2
Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle								
Mémoire	1	1	2	2	3	3	2	3
Compréhension	0	1	1	2	3	3	2	3
Concentration	1	2	3	3	3	3	1	3
NEGLIGENCE Batterie de C.Bergego								
Oubli hémicorps gauche	0	1	1	1	2	2	2	2
Difficultés à trouver le matériel	0	1	2	2	2	3	1	3
Utilisation de l'espace sur sup	0	1	2	3	3	3	3	3

Figure 7. Tableau récapitulatif des résultats selon les grilles d'observation

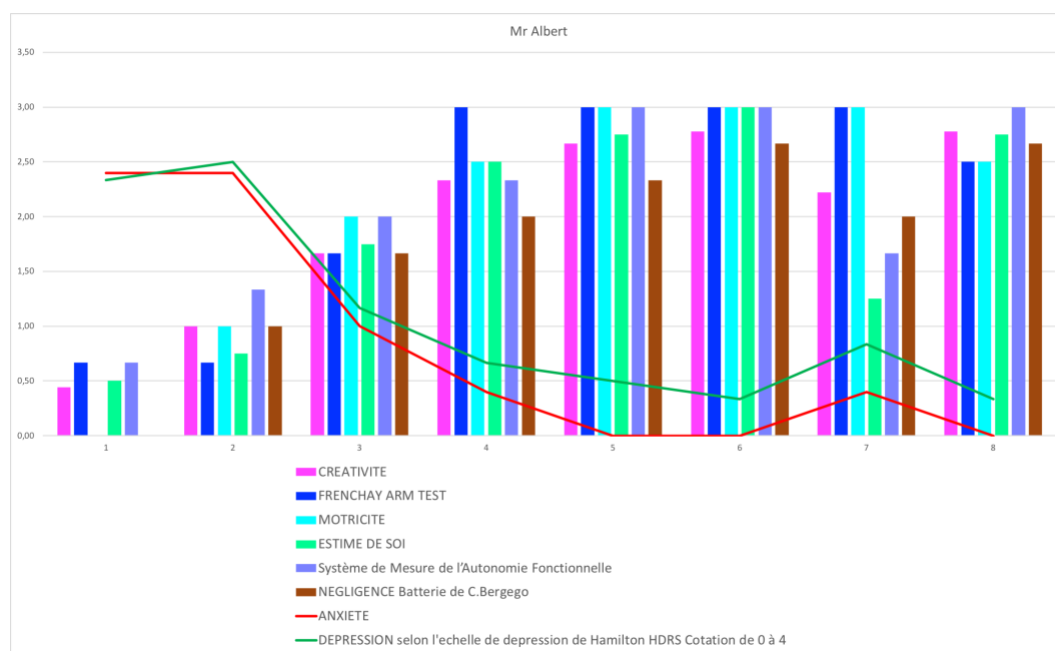


Figure 8. Evolution des symptômes anxieux et dépressifs

S'agissant de Monsieur Albert, après analyse du tableau récapitulatif des résultats des observations en séance, nous pouvons caractériser deux phases très différentes dans l'évolution de celles-ci.

La première phase, séances 1 et 2, correspond à un mal-être de Mr Albert. Il présente des symptômes anxieux et dépressifs majeurs et un manque de confiance en lui, pénalisant sa créativité. Sa motricité est diminuée et ses troubles cognitifs* exagérés. Ses fonctions exécutives* sont altérées et nécessitent un réajustement des séances. En deuxième séance, après avoir verbalisé sa déception devant un impossible retour à domicile, sa culpabilité devant le désarroi de son épouse, nous observons une amélioration de sa concentration, de sa compréhension des consignes et une augmentation du plaisir ressenti probablement en lien avec des souvenirs émotionnels de son expérience professionnelle. Mr Albert prend confiance en lui, il affirme ses choix et se félicite.

La deuxième phase correspond à l'augmentation du plaisir en séance et au développement de la créativité. On observe une amélioration rapide et significative des fonctions motrices, cognitives*, des symptômes anxieux et dépressifs, une amélioration de l'héminégligence* visuelle et corporelle. Nous observons, une progression de l'estime de soi, de la prise de conscience du handicap et une tendance à s'adapter à la déficience. Mr Albert prend confiance en lui. Nous observons cependant une dévalorisation et des difficultés de concentration pendant la séance collective. Trop de stimulations perturbent les fonctions cognitives* de Mr Albert.

Pour compléter ces résultats, nous soulignons la reprise d'un intérêt majeur dans son projet de rééducation, rapporté par l'équipe, en début de phase 2. Une motivation affirmée et des progrès considérables en motricité et cognition sont observés par les rééducateurs.

C. Analyse des résultats de Monsieur Olivier

Monsieur Olivier	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9
CREATIVITE 0. Aucune 1. Peu 2. Souvent 3. Toujours									
Elan créatif	1	3	1	2	0	0	2		
Imagination	1	3	2	3	2	1	3		
Capacités à choisir	1	2	2	2	0	1	3		
Autonome dans l'activité	1	3	3	3	1	1	3		
Lâcher prise	0	2	1	1	0	0	3		
Sourires	0	0	0	2	0	0	1		
S'affirme	0	3	1	3	0	0	3		
Plaisir ressenti	0	2	1	2	0	0	2		
Se valorise	0	3	1	3	0	0	2		
FRENCHAY ARM TEST 1. Jamais 2. Avec aide 3. Sans aide 4. Souvent									
Tire un trait à la règle									
Prend et lâche un cylindre									
Utilise la pince									
MOTRICITE 0.Impossible /Difficile 1. Avec aide 2.Faible 3. Aisée									
Posture corporelle	1	2	2	2	0	0	2		
Dextérité gauche	0	0	0	0	0	0	0		
ESTIME DE SOI 0. Aucune/ Jamais 1. Peu 2.Souvent 3. Toujours									
Confiance en soi	0	2	1	2	0	0	2		
Initiatives/prise de risque	1	2	1	2	0	0	3		
Utilisation des parties atteintes									
Valorisation de soi	0	2	1	2	0	0	2		
ANXIETE selon l'échelle de Hamilton (Annexe) 0. Absente 1. Légère 2. Forte 3.Maximale / Invalidante									
Humeur anxieuse (inquiétude)	3	1	3	1	3	3	0		
Troubles de la concentration	3	1	3	1	3	3	1		
Humeur dépressive (perte d'intérêt)	3	0	1	0	3	3	0		
Tension (fatigue, pleurs, sursaut...)	3	2	2	1	3	3	0		
Symptômes somatiques musculaire (tension musculaire du visage)	2	2	2	0	3	3	0		
DEPRESSION selon l'échelle de dépression de Hamilton HDRS Selon cotation HDRS (Annexe) de 0. à 4.									
Humeur dépressive (tristesse)	4	1	2	1	3	3	1		
Sentiment de culpabilité	2	0	2	0	3	2	0		
Travail activité (élan pour faire)	2	1	2	1	3	3	1		
Ralentissement de pensée (concentration)	3	1	3	0	4	4	0		
Anxiété psychique	4	3	3	2	4	4	3		
Prise de conscience (acceptation du handicap) Cotation de 0 à 2	1	1	1	1	0	0	1		
NEGLIGENCE Batterie de C.Bergego 0. Sévère 1. Modérée 2. Discrète 3. Aucune									
Oubli hémicorps gauche	1	1	1	2	0	0	2		
Difficulté à trouver le matériel	0	2	0	2	/	1	2		
Utilisation de l'espace sur support	0	2	0	2	0	0	2		
MESURE FONCTIONS MENTALES 0. Absente 1. Légère 2. Forte 3. Maximale / invalidante									

Concentration	0	2	2	2	0	0	2		
Compréhension	1	2	1	2	1	1	3		

Figure 9. Grille d'observation

Mr Olivier	S 1	S 2	S3	GROUPE	S5	GROUPE2	S7
CREATIVITE							
Elan créatif	1	3	1	2	0	0	2
Imagination créativité et force de	1	3	2	3	2	1	3
Capacités à choisir	1	2	2	2	0	1	3
Autonome dans l'activité artistique	1	3	3	3	1	1	3
Lâcher prise	0	2	1	1	0	0	3
Sourires	0	0	0	2	0	0	1
Affirmation de soi/ assurance	0	3	1	3	0	0	3
Plaisir	0	2	1	2	0	0	2
Se valorise	0	3	1	3	0	0	2
FRENCHAY ARM TEST							
Prendre et lâcher un cylindre	/	/	/	/	/	/	/
Ouvre et ferme une pince à linge	/	/	/	/	/	/	/
MOTRICITE							
Posture corporelle	1	2	2	2	0	0	2
Dextérité gauche	0	0	0	0	0	0	0
ESTIME DE SOI							
Confiance en soi	0	2	1	2	0	0	2
Initiatives/prise de risque	1	2	1	2	0	0	3
utilisation des parties atteintes	/	/	/	/	/	/	/
valorisation de soi	0	2	1	2	0	0	2
ANXIETE							
Humeur anxieuse, inquiétude	3	1	3	1	3	3	0
Fonctions cognitives	3	1	3	1	3	3	1
Humeur dépressive/perde d'intérêt	3	0	1	0	3	3	0
Tension (fatigue , sursaut pleurs	3	2	2	1	3	3	0
symptômes somatiques d'origin	2	2	2	0	3	3	0
DEPRESSION selon l'échelle de depression de Hamilton HDRS Cotation de 0 à 4							
Humeur dépressive	4	1	2	1	3	3	1
Sentiment de culpabilité	2	0	2	0	3	2	0
Activité = élan pour faire	2	1	2	1	3	3	1
Ralentissement(lenteur de la per	3	1	3	0	4	4	0
anxiété psychique	4	3	3	2	4	4	1
Prise de conscience de 0 à 2	1	1	1	1	0	0	1
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle							
Concentration	0	2	2	2	0	0	2
Compréhension	1	2	1	2	1	1	3
NEGLIGENCE Batterie de C.Bergego							
Oubli hémicorps gauche	1	1	1	2	0	0	2
Difficultés à trouver le matériel	0	2	0	2	/	1	2
Utilisation de l'espace sur suppo	0	2	0	2	0	0	2

Figure 10. Tableau récapitulatif des résultats selon la grille d'observation

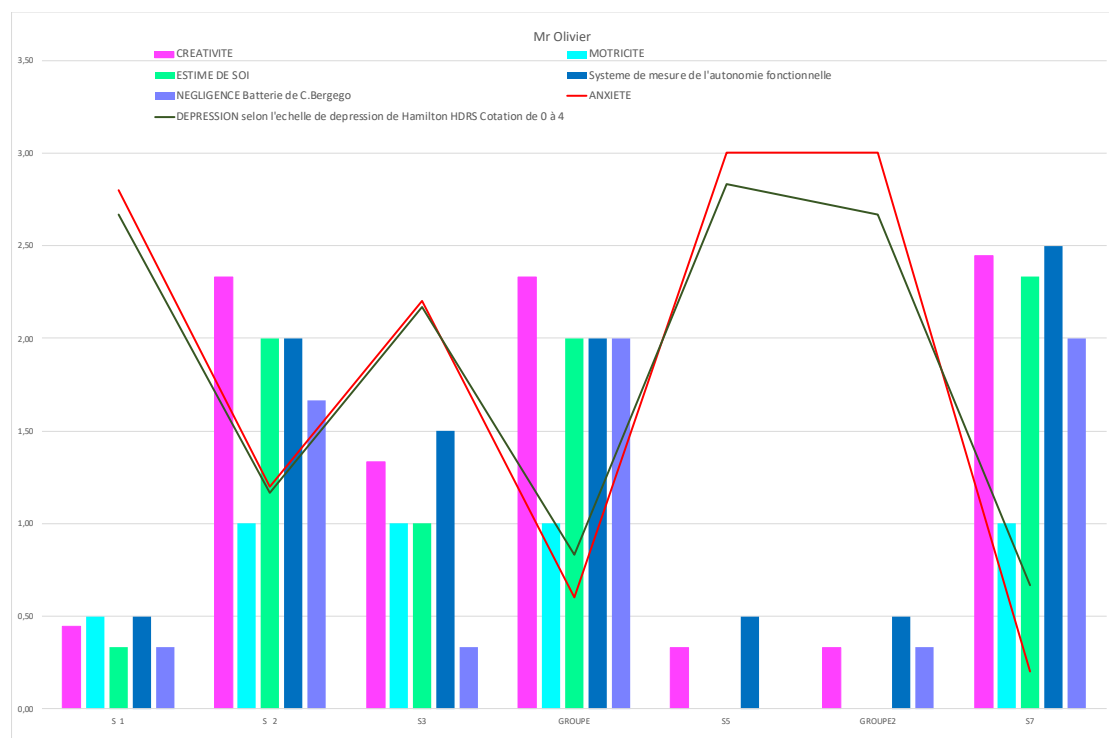


Figure 11. Évolution des symptômes anxieux dépressifs en fonction des séances

Contrairement aux autres personnes, l'étude du profil de Monsieur Olivier est plus complexe. Après analyse du tableau récapitulatif des résultats des observations en séance, nous discernons trois phases dans l'évolution de celle-ci.

La première phase, de la séance 1 à 4 est fluctuante. Tout d'abord, Monsieur Olivier présente des symptômes sévères d'anxiété psychique et somatique pénalisant son potentiel créatif. Il est très agressif envers lui-même, il aborde la mort et rajoute « *avant quand j'étais vivant* ». Son héminégligence* est sévère, il peint uniquement sur la moitié droite de la feuille et sa gestuelle est appauvrie.

La séance suivante est surprenante. L'autonomie artistique, la liberté de créer et le plaisir ressenti sont dominants. Monsieur Olivier éprouve du plaisir en découvrant un nouveau style qu'il apprécie en utilisant « *le souffle de la paille pour créer le mouvement* ». Cependant, ce plaisir ressenti s'amenuise à la séance suivante avec l'utilisation du pinceau. La séance collective sera bénéfique pour Monsieur Olivier qui présente alors une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, un élan créatif développé et une augmentation de l'estime de soi. Le collage d'épices sur feuille demande une gestuelle maîtrisée pour étaler la colle et de la minutie dans la manipulation et le saupoudrage des épices. Mr Olivier, jusqu'alors présentant de légers mouvements incontrôlés de la main droite, réalise des collages précis. Cet exercice lui permet d'apprécier son geste et d'améliorer sa dextérité. Au cours de cette phase, nous observons une amélioration des symptômes anxieux et dépressifs, de l'héminégligence* en lien avec la créativité et le plaisir ressenti.

La deuxième phase, de la séance 5 à 6, correspond à une agressivité verbale du patient envers lui-même et envers les autres. Nous observons une altération complète des fonctions motrices et cognitives* et une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs. Cette situation limite son élan créatif et paralyse sa mise en action dans l'activité.

La dernière phase, trop courte pour observer une amélioration de son état, montre toutefois une liberté artistique et un libre cours laissé à son imagination. Nous observons une amélioration de l'estime de soi, de la valorisation de soi et de la confiance en soi. Nous discutons en séance les compétences techniques qu'il maîtrise depuis sa formation à l'Ecole des Beaux-Arts et qu'il a plaisir à présenter. La motivation et l'implication de Mr Olivier ont été particulièrement observées lors des séances 2 et 7 qui ont comme point commun l'utilisation des encres acryliques. Cette technique ne nécessitant pas un contrôle du geste Mr Olivier retrouve une aisance artistique, un véritable plaisir créatif et une confiance en soi. Il est utile de rappeler que Monsieur Olivier présente une hémiplégie sévère à gauche, ne nous permettant pas d'observer une progression de la fonction motrice mais uniquement une progression de sa posture corporelle pendant les séances.

Chapitre 4 Discussion

Au cours de ce chapitre, nous allons présenter les bénéfices et les limites de l'étude. Nous apporterons également un œil critique sur l'utilité des séances d'art-thérapie chez les patients victimes d'accident vasculaire cérébral. Pour finir, nous aborderons le cadre conceptuel de l'art-thérapie retrouvé dans notre pratique et notre posture soignante.

A. Les bénéfices et limites de l'étude

1) Les effets obtenus

Après avoir fait connaissance avec les patients victimes d'accident vasculaire cérébral, nous avons constaté l'importance des symptômes anxieux et dépressifs majorant la déficience motrice, cognitive* dommageable pour le patient au quotidien.

Les échelles scientifiques nous ont permis, dans un premier temps, de quantifier les symptômes anxieux et dépressifs et d'observer l'efficacité des séances d'art-thérapie sur la régression des symptômes. En parallèle, nous avons évalué la progression des fonctions motrices et cognitives que nous pouvons mettre en lien avec la confiance en soi et l'acceptation de soi mais aussi avec les mécanismes de neuro-plasticité* et de résilience *cérébrale.

Selon les résultats obtenus après observation du comportement des patients en séance d'art-thérapie, nous avons constaté une augmentation du plaisir ressenti facilitant la créativité, une augmentation de l'investissement en séance, de la motivation pour agir en séance et en dehors des séances. Nous attribuons en partie ces résultats, selon les différents travaux scientifiques, à la sécrétion de dopamine, neuro-modulateur du plaisir intervenant dans la mise en action et dans « l'élan pour faire », créant ainsi une dynamique positive dans leur projet de rééducation et dans leur quotidien.

2) Les effets inattendus

Une surprise, Un arc en ciel dans des nuages gris

Une patiente, plutôt introvertie, s'investit principalement dans la reproduction d'œuvres pour se rassurer et prendre confiance en elle. Soudain en dernière séance, un processus de création s'active. Madame Hélène souhaite réaliser un arc en ciel dans ce ciel sombre qu'elle a imaginé. Surprise par cet acte intuitif, elle s'interroge et s'apprécie dans cet élan de liberté.

Voici un cheminement personnel pour développer ses propres capacités à créer et à s'accomplir pleinement en séance, et à éprouver davantage de plaisir et de liberté.

Son acte résulte-t-il d'une activation de l'inconscient ?

Peut-on, selon les idées d'Emmanuel Kant, philosophe allemand, l'associer à une production de l'esprit partant de l'idée que l'art n'a pas de contenu et ne peut pas être justifié (Pain, 2018) ou selon la Gestaltung de Hans PRINZHORN, l'assimiler à une «*poussée pulsionnelle...une inspiration à l'état pure* » partant de l'hypothèse que toute expression sert à communiquer. (Klein, 2015, p. 64)

Une transformation personnelle

Un patient en baisse de récupération motrice et cognitive*, apathique*, s'approprie les séances d'art-thérapie. Son plaisir et son intérêt en séance sont

visibles. La résurgence des souvenirs émotionnels en lien avec son activité professionnelle l'anime. Rapidement, il se transforme. Il réalise des progrès considérables, dans le service de rééducation motrice et cognitive*, jusque-là limités. Les médecins, les rééducateurs sont étonnés de constater ce changement.

Voici un processus de changement où le patient devient « acteur créateur » en activant ses souvenirs et en les exprimant par l'art-thérapie.

Selon Hervé Platel, nous ne possédons pas une « *région cérébrale du plaisir esthétique et de la créativité* » mais des réseaux de circuits cérébraux tel le circuit de la récompense qui implique « *des régions limbiques* et corticales* ». Ces réseaux sont impliqués dans l'analyse d'informations émotionnelles artistiques mais aussi dans la récupération de souvenirs personnels. (Platel, 2017)

Une détresse pour un sauvetage

Au cours de notre étude, nous avons pu observer une similitude dans le déroulement des séances. En effet, deux patients ont présenté au cours d'une séance, une grande détresse psychologique suivi d'un retournement de situation en séance suivante avec diminution des symptômes anxieux et dépressifs, augmentation des fonctions motrices et cognitives* accompagnées de plaisir et de créativité.

Selon le courant psychanalytique, nous pouvons aussi les identifier aux phases classiques du deuil qui comprennent la phase initiale correspondant à la survenue de l'évènement avec choc, déni et incrédulité, la période d'état avec deuil et dépression, et enfin la phase de récupération avec acceptation de la perte et reprise de la vie.

Par conséquent nous pouvons supposer que l'art-thérapie a engagé les patients vers la phase de récupération.

3) Une étude : une expérience enrichissante avec des limites

Cette étude fut une expérience enrichissante par ses résultats, sa méthodologie et l'approfondissement de connaissances en neurologie selon un modèle neuroscientifique.

L'utilisation d'échelles scientifiques d'évaluation pour valider ou infirmer notre hypothèse fut un travail complexe. Toutefois, ces échelles nous ont permis de donner du sens à notre travail et de confirmer notre hypothèse et notre ressenti sur l'efficacité des séances d'art-thérapie chez les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral. L'obtention de résultats concrets et notables nous a conforté dans le choix du public pour l'étude et plus largement dans le choix d'un établissement de soin du secteur sanitaire à orientation neurologique.

La diversité des atteintes motrices et cognitives* nous a obligé à mettre en place de nombreuses échelles pour observer tous les axes d'amélioration. Pour faciliter leur usage nous avons choisi les échelles scientifiques d'évaluation utilisées dans l'établissement de soin.

N'ayant pas les compétences nécessaires pour réaliser des scores, nous avons préféré choisir certains items des échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété que nous avons utilisés pour évaluer les séances d'art-thérapie.

Nous nous interrogeons toutefois, sur notre habilitation à travailler avec ces échelles et les erreurs d'interprétation qui peuvent en découler. Nous pensons préférable de les utiliser avec précaution en collaboration avec un professionnel habilité.

Le choix des échelles doit être judicieux avec des items à coter selon une observation de l'art-thérapeute en séance et non selon un questionnaire soumis au patient pendant la séance qui pourrait perturber le bon déroulement de celle-ci.

4) Limites de l'étude

Cette étude nécessite une interprétation prudente des résultats avec un échantillonnage trop faible de patients pour en faire une réalité, des déficiences diverses et des objectifs modifiés selon les symptômes et leur sévérité.

Notre étude concerne des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux avec une lésion dans l'hémisphère droit. La localisation de l'accident hémorragique est différente d'un patient à l'autre et engendre des séquelles diverses et un degré de sévérité inégal. Nous observons en effet des résultats hétérogènes en fonction des patients. La gravité des lésions et la sévérité des symptômes psychomoteurs d'un patient nous obligent à nuancer les résultats : une régression significative des symptômes à long terme avec des répercussions sur la motricité et l'acceptation de soi serait-elle vérifiée ?

Une étude scientifique nécessiterait une cohorte beaucoup plus nombreuse et homogène dans ses caractéristiques.

La durée limitée de l'étude nous oblige également à rester prudent dans l'affirmation des résultats. Même si nous observons une amélioration des symptômes pendant l'étude, nous pouvons nous questionner sur la pérennité des résultats dans le temps.

La durée restreinte de l'étude pourrait être un obstacle dans l'aboutissement des séances.

Les bénéfices de l'art-thérapie surgissent après un temps d'adaptation et un cheminement intérieur personnel pour arriver à un processus créatif. Selon Marc Jeannerod, docteur en médecine professeur en physiologie à l'université de Lyon et chercheur en neurophysiologie et neuropsychologie, ancien directeur de l'unité de vision et motricité de l'INSERM*, ancien directeur de l'institut des sciences cognitives du CNRS*, « *la théorie de l'efficacité synaptique explique le modelage du cerveau sous l'influence de l'expérience de l'individu... Il s'agit de ce mécanisme d'individuation qui fait de chaque cerveau, un objet unique en dépit de son appartenance à un modèle* ». (Jeannerod, 2004, p. P47)

La perception et la production des émotions sont propres à chacun et nécessitent un temps spécifique personnel et singulier en fonction de son histoire, de son éducation et de ses expériences.

De plus, la modulation* de la plasticité* est dépendante de l'expérience de l'individu. Par conséquent, nous pourrions étudier le phénomène suivant : une personne avec une expérience artistique potentialisera les effets de l'art en séance par réactivation de circuits existants.

En fonction de la durée de l'étude et la disparité de la cohorte, la pertinence des résultats selon le modèle neuroscientifique, en termes de neuro-plasticité* nécessiterait le prolongement de l'étude dans le temps. (Platel, 2017)

La prise en soin globale du patient comprenant un programme de rééducation soutenu nous oblige également à analyser les résultats avec prudence en termes de motricité et cognition* dans un contexte de rééducation multidisciplinaire dont nous n'avons pas pu étudier les interactions.

B. L'art-thérapie en rééducation neurologique

Après avoir analysé les bénéfices et limites de l'étude, nous souhaitons réfléchir à l'intérêt que présentent les séances d'art-thérapie en centre de rééducation et les répercussions chez les patients victimes d'AVC*.

La mise en place de séance d'art-thérapie nécessite une volonté de la structure à élargir son champ de compétences avec des techniques nouvelles pour accompagner le patient vers un mieux-être.

Nous savons qu'il est nécessaire pour potentialiser les bénéfices d'une prise en soin de mutualiser nos compétences et développer un accompagnement multidisciplinaire.

Nous avons eu la chance d'avoir la confiance d'une équipe de direction, médicale, de soin et de rééducation pour mettre en place notre pratique d'accompagnement. Dès le premier jour, tous les professionnels témoignaient d'un grand intérêt et d'une curiosité à la recherche de résultats.

Notre parcours professionnel dans la santé a contribué à notre intégration, facilité notre collaboration et optimisé la réalisation de nos séances.

Notre intégration, associée à l'intérêt du personnel pour notre pratique, nous a permis de réaliser des séances construites en lien avec les projets de soins.

1) Un stage de courte durée, un inconvénient qui devient un avantage

Notre pratique concentrée sur 4 semaines successives limitait la visibilité à long terme de l'efficacité des séances.

Après réflexion, cet inconvénient n'en était pas vraiment un. Dans un service de rééducation où les patients sont, globalement, acteurs dans leur projet de rééducation et volontaire pour progresser, nous avons pu concentrer les séances à raison de deux à trois séances par semaine. Leur rapprochement nous a permis de capitaliser les effets, d'encourager l'alliance thérapeutique et de soutenir l'expression artistique.

2) Une priorité, le bien-être du patient

Au cours de cette étude, nous avons pu observer une réelle diminution des symptômes anxieux et dépressifs laissant ressurgir un bien-être exprimé par le patient pendant les séances voire après les séances.

En complément de notre étude, nous pouvons imaginer les attentes conscientes ou inconscientes du patient en assistant à ces ateliers :

- Un lieu d'évasion dans un environnement soignant, un sentiment de liberté
- Une perception différente de soi où les capacités préservées sont mises en valeur et les déficiences sont oubliées
- Un lieu d'écoute où l'empathie et le non jugement des résultats, opposé à la performance rééducative, sont privilégiés
- Un moment de plaisir dans un contexte de souffrance physique et psychique.
- Un moment de répit au milieu d'un programme intensif de rééducation.

Les séances d'art thérapie laissent percevoir un moment de répit au milieu d'un programme intensif de rééducation. Elles permettent de s'échapper du quotidien

hospitalier où on s'active à rééduquer les parties lésées, à repérer les difficultés pour les soigner.

La personne « *est en effet ... objet de sa souffrance qui l'envahit ...de son malheur, la personne se sent envahie, elle n'en peut plus, elle désire rompre avec cet état de sujétion... elle passe d'être sujet-au sens assujetti -à être sujet de sa délivrance au sens d'en être l'auteur... elle redevient un peu acteur et amorce un processus qui est d'abord de ne plus vouloir n'être qu'Objet de sa souffrance* ». ((Klein, 2015, p. 142)

3) La technique contre - productive

En art thérapie, la technique artistique ne doit pas être contre-productive. Le thérapeute se doit d'être créatif pour utiliser les capacités du patient et en faire un outil pour atteindre son objectif. L'art thérapie par la peinture peut être inadaptée en fonction des séquelles de l'accident. Au cours de cette étude, nous avons instauré des séances avec des patients droitiers avec une hémiplégie* totale ou partielle à gauche. Il aurait été préférable d'avoir une seconde technique artistique n'activant pas la motricité, pour modérer cette difficulté chez un patient droitier avec une hémiplégie à droite.

Selon plusieurs études, l'écoute musicale restaure l'estime de soi et l'élan corporel par l'intermédiaire de gratifications sensorielles retrouvées et stimulées. Les patients s'impliquent dans leur projet de rééducation.

La musique favorise l'attention et la concentration. Les émotions procurent du plaisir et réduisent les tendances dépressives et apathiques*.

Par conséquent, il aurait été souhaitable de mettre en place des séances d'art-thérapie par la musique et l'écoute musicale pour des patients victimes d'accident vasculaire cérébral.

Comme le précise Edith Lecourt, musicienne musicothérapeute et professeur de psychologie clinique à l'université Paris Descartes, selon A Gillaizeau art-thérapeute, l'émotion produite par la musique est utilisée à des fins thérapeutiques. « *La vibration du son se propage au corps et à l'âme produisant ainsi l'émotion, elle connaît alors un développement médical considéré comme un moyen de calmer les agités, et stimuler les apathiques ou encore chasser les idées morbides* ». (Gillaizeau, 2011)

C. Des pistes d'évolution pour l'art thérapie

1) Le lien social

Durant l'étude, nous avons pu observer des changements de comportement pendant les séances collectives par rapport aux séances individuelles. Les patients observés dans cette étude, ont été, de façon générale, attentifs et bienveillants envers le groupe. Une forme de soutien s'était mise en place dans une ambiance joyeuse. Ce constat a été établi sur l'observation du fonctionnement d'un groupe de 4 personnes sur 2 séances, aurait-il été identique avec d'autres participants ? plus de participants et plus de séances ?

Nous savons que l'accident vasculaire cérébral entraîne un bouleversement dans les relations et une modification des interactions sociales. Les personnes deviennent dépendantes des autres par le handicap. Cette modification des relations interpersonnelles peut avoir des conséquences sur la régulation des émotions et sur les symptômes anxieux et dépressifs. (Gillaizeau, 2011)

Selon Marie Villain, orthophoniste, docteur en neurosciences, diplômée de l'Ecole Doctorale de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, le soutien émotionnel exerce une influence positive sur l'humeur et sur les activités de la vie quotidienne. Toutefois, la perception du soutien semble plus importante que le soutien en lui-même. Toujours selon Mme Villain, chez le patient victime d'AVC*, le soutien des proches est plus important que celui des professionnels de santé. (Villain, 2016) Par conséquent, nous pourrions imaginer réaliser des séances d'art-thérapie en intégrant les membres des familles de victimes, et ainsi, accentuer le soutien familial, limiter le bouleversement dans les relations sociales et faciliter l'adaptation au handicap.

Selon une étude neuroscientifique, des neurones différents s'activent dans la réalisation d'une tâche en présence ou non d'un congénère : les neurones sociaux* et asociaux* (Du contexte au cortex-CNRS*). Les neurones sociaux pourraient être distribués à l'échelle du cerveau tout entier pour permettre la réalisation de différentes tâches. La présence de proches durant les séances d'art-thérapie ne serait-elle pas de nature à favoriser l'activation de ces neurones pour renforcer le processus de création artistique et réduire les symptômes anxieux et dépressifs ?

2) L'expression artistique dans un projet de soin global

Selon notre étude, nous avons pu observer l'efficacité de l'art-thérapie, en complément des soins pratiqués par les différents professionnels paramédicaux, pour réduire les symptômes anxieux dépressifs.

L'art thérapie est une discipline vouée à l'accompagnement d'un patient, par l'utilisation de l'art, dans un processus de transformation personnel afin d'améliorer sa qualité de vie et encourager son mieux-être.

Suivant Charlotte Cosin, docteur en neurosciences, diplômée de l'école Doctorale de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, les principaux facteurs prédictifs de la dépression post AVC* sont l'anxiété, les déficits cognitifs*, la sévérité du déficit neurologique et le handicap physique. (Cosin, 2016)

Notre étude nous a permis de constater un mieux-être du patient. De ce fait, l'efficacité des séances d'art-thérapie pourrait encourager l'intégration de cette discipline dans les centres de rééducation neurologique. Nous savons, selon Charlotte Cosin, que la dépression post AVC* a un effet négatif sur les récupérations motrices et cognitives*. A contrario, l'amélioration des troubles peut faciliter la récupération motrice et cognitive et l'acceptation du handicap comme nous l'avons perçu.

L'activité artistique, par la mise en mouvement et la concentration, nécessite l'activation de la motricité et de la cognition* et ainsi, peut participer de façon détournée à la rééducation. L'art-thérapeute n'est ni ergothérapeute, ni kinésithérapeute, ni psychologue mais intervient en complémentarité des professionnels paramédicaux.

Ainsi l'art-thérapie pourrait s'inscrire dans un projet global de rééducation des patients victimes d'accident vasculaire cérébral.

Selon les recommandations de la haute autorité de santé, « *les programmes de rééducation multimodales font défaut* » (Synthèse AVC méthode de rééducation, 2012) dans la rééducation motrice des patients victimes d'AVC. Par conséquent, nous pourrions envisager d'inclure cette pratique dans les approches complémentaires d'un projet multidisciplinaire.

D. Le cadre conceptuel de l'art-thérapie

Au cours de notre premier entretien, nous avons fixé un cadre thérapeutique. Ce cadre comprenait l'explication du rôle de l'art thérapeute au patient, l'élaboration de règles nécessaires au bon déroulement des séances, la réflexion sur un objectif thérapeutique à atteindre.

Le consentement du patient, composante du cadre conceptuel, était impérativement recherché. Le patient doit être acteur de sa prise en soin et s'engager dans le suivi des séances.

Pendant notre étude, nous avons rencontré quelques difficultés pour obtenir le consentement des patients. Ne connaissant pas notre pratique et très occupés et préoccupés par leur programme de rééducation, les patients ne souhaitaient pas s'investir dans des séances d'art-thérapie. Nous avons principalement accusé des refus de prise en soin, malgré une souffrance psychique sévère, chez les patients victimes d'accident vasculaire avec aphasie*. Malgré nos efforts et ceux des équipes médicales et paramédicales, nous ne sommes pas parvenus à les convaincre. Il serait important d'analyser la cause de leurs refus afin de pouvoir les limiter et obtenir leur consentement.

Durant les premières séances nos efforts se sont portés sur le fondement d'un climat de confiance pour encourager l'alliance thérapeutique et le processus de création. Des ateliers dirigés pour certains et libres pour d'autres ont été réfléchis en fonction de leurs besoins et de leurs connaissances artistiques.

Suivant le code de déontologie, l'art thérapeute est tenu de respecter la confidentialité en séance.

Les séances n'étaient pas des ateliers ouverts et les productions des patients étaient inaccessibles aux personnes extérieures à l'atelier. Nous rappelons, selon le cadre conceptuel, que les œuvres sont la propriété des patients.

Intégré dans une équipe pluridisciplinaire et ayant un parcours professionnel dans la santé, nous avons participé à de nombreuses réunions médicales et paramédicales où nous avons rapporté des situations utiles à la prise en soin après avoir expliqué aux patients la nécessité d'en informer le médecin.

Les séances sont pratiquées pour accompagner les patients vers un mieux-être dans la vie quotidienne grâce à la création artistique, à l'expression artistique.

Au cours de notre pratique en stage, nous avons observé que le lâcher prise des patients dans la réalisation d'une production artistique en séance d'art-thérapie nécessitait de témoigner d'une confiance en soi pour encourager la créativité. Ce cheminement personnel pouvait être long. Propre à chacun, il a demandé une capacité d'adaptation à l'art-thérapeute.

Nous avons élaboré différentes stratégies personnalisées de création d'ateliers individuels dans le respect du patient, de son histoire, de ses choix et de son vécu en séance.

L'art-thérapeute ne porte aucun jugement sur les œuvres des patients et n'analyse pas les œuvres. Cependant, il établit un protocole pour améliorer la qualité de vie du patient. Il étudie l'efficacité des séances pour atteindre l'objectif de prise en soin. Il observe les comportements des patients et les analyse pour réajuster ses séances. Par conséquent, il perçoit la souffrance des patients et a donc besoin soit d'être supervisé, soit d'être entouré par une équipe pluridisciplinaire pour exprimer son ressenti et analyser sa pratique.

E. La posture soignante

Selon la nouvelle approche de la relation soigné-soignant, les cinq dimensions émotionnelle, cognitive*, métacognitive*, le perceptif* et l'infocognitif* sont

profondément perturbées chez les patients victimes d'AVC*. Ils sont très affectés par leur maladie, leurs déficiences, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et la perception de leur corps.

Les patients expriment leur souffrance, nous obligeant à être très attentif à notre posture. Nous entendons et accueillons leur souffrance sans jugement, sans entrave, le temps nécessaire avant de les encourager à se recentrer sur l'activité ou sur un temps de relaxation.

Cette situation est très délicate car elle nécessite une attention particulière du thérapeute envers des patients affectés pour trouver la juste distance thérapeutique. Néanmoins, nous nous devons de nous positionner en thérapeute et établir une distance thérapeutique renforcée par notre outil artistique. Selon JP Klein, notre technique artistique est *« un piège à transfert, une tension commune vers une création, vers la création artistique de l'un soutenue par l'accompagnement créatif de l'autre en empathie »*. (Klein, 2015, p. 319 320))

L'empathie signifie qu' *« on ressent l'autre jusqu'à parfois ressentir comme l'autre...n'est pas à confondre avec la fusion à l'autre...il ne faut pas confondre l'empathie avec une contagion émotionnelle qui de deux personnes fait par exemple un seul acteur gémissant ... Cette possibilité de ressentir pareil que l'autre, ne nous confond pas avec lui »*. (Klein, 2015, p. 319 320)

Scientifiquement, l'empathie se définit comme un processus engageant une composante émotionnelle, *« l'observation d'une émotion chez un congénère est susceptible d'induire une émotion identique chez l'observateur »* étroitement liée au mécanisme des neurones-miroirs, et une composante cognitive, *« la capacité à se distinguer d'autrui, à adopter sa perspective et lui attribuer des pensées et des émotions »*. (Entretiens de médecine physique et de réadaptation de Montpellier et al., 2016, p. 38)

Pour un professionnel de santé, il nous semble indispensable de toujours avoir en tête ces deux notions qui composent l'empathie et de se questionner régulièrement.

Enfin, nous souhaitons apporter un complément d'information à l'exercice de notre accompagnement en art-thérapie.

Notre posture pendant l'étude, définie selon M Paul comme *« une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné »*, résulte d'un questionnement permanent.(Paul, 2012)

Qui sommes-nous dans cette relation ? Qui est le patient dans cette relation ?

Comment collaborons-nous avec lui ?

Se rattachant à notre expérience professionnelle en tant qu'infirmière, nous avons ressenti le besoin de comprendre, connaître la pathologie, connaître les déficiences pour préparer nos ateliers. Au cours des séances, les comportements infirmiers n'ont pas totalement disparu, la posture soignante devait demeurer.

La disponibilité envers le patient installé dans un environnement et un cadre temporel les plus confortables possibles nous permet d'exercer écoute et empathie sans interférence. Dans ces conditions nous pouvons solliciter l'autonomie des patients sans se substituer à eux. N'étant pas là pour prodiguer des soins techniques, la distance avec la maladie est moins prégnante et c'est le patient qui agit. L'art thérapeute guide le patient dans son action créative en valorisant ses capacités préservées pour lui donner confiance et la possibilité de s'exprimer.

Notre volonté de personnaliser les séances, de guider, de rassurer, d'écouter génère de la confiance chez les patients. Selon M Paul, *« redonnez de la confiance, c'est insuffler de l'énergie pour aller de l'avant, osez prendre des risques et donc assumer plus d'autonomie »*.(Paul, 2012)

Conclusion

Nous avons réalisé une étude pour observer la place de l'art-thérapie en centre de rééducation et les bénéfices que pouvait apporter cette technique d'accompagnement de patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux. La pratique artistique par la peinture et les arts plastiques nous a permis d'observer une régression des symptômes anxieux et dépressifs sur un échantillon de trois patients. Cette amélioration de l'état de santé induite par la créativité permet de mettre en mouvement le corps, la pensée et réinscrire le patient dans un projet de soin voire un projet de vie. Ainsi l'expression créatrice réconcilie la personne avec son existence, permet de se reconnaître, de se reconstruire et de se réaliser autrement. Cette transformation personnelle associée à la régression des symptômes anxieux et dépressifs, nous a permis, au cours de l'étude, d'observer un renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi, une activation des fonctions motrices et cognitives* et une tendance à s'accepter autrement. Par conséquent, de façon générale, il semble que les séances d'art-thérapie aient répondu à l'objectif de la prise en soin entraînant des répercussions positives sur le projet de soin et le projet de vie.

Cette prise en soin novatrice a été bien acceptée parce qu'elle répond, notamment, aux besoins des patients de limiter leur angoisse et leur souffrance psychique induites par l'accident vasculaire cérébral.

Les prises en soin ont été instaurées à la demande du service médical pour des patients présentant une anxiété majeure et une dépression avérée. Leur désespoir était perçu à travers des plaintes somatiques et des troubles associés, mais peu exprimé, limitant leur motivation pour « vivre » ou « revivre ».

Le travail réalisé en séance d'art-thérapie a permis d'observer une transformation personnelle au travers de la pratique artistique et une tendance à s'adapter au handicap.

Ces résultats ont été partagés avec les équipes médicale et paramédicale qui découvriraient cette pratique. A l'issue de notre étude, elles ont exprimé leur intérêt pour la mise en place de séances d'art-thérapie en centre de rééducation neurologique permettant aux patients de bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire.

Au cours de l'étude, nous avons accompagné des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux depuis plus de 6 mois présentant des symptômes anxieux et dépressifs majeurs, sous traitement médicamenteux.

Or nous savons que la dépression post AVC* peut survenir rapidement, dans les 3 mois après l'accident, ou de façon plus tardive.

Peut-être, serait-il intéressant de réfléchir à la mise en place de séances d'art-thérapie de façon précoce après un AVC* afin de limiter le passage d'un stade normal de crainte et d'angoisse à un stade de dépression ?

L'idée d'intégrer l'art-thérapie en centre de rééducation a été particulièrement bien accueillie...

BIBLIOGRAPHIE

BACIU, M. (2011). *Bases de neurosciences: neuroanatomie fonctionnelle*. Bruxelles: De Boeck.

BERTHOU, B. (2007). Montrer la « “trouvaille” »: modernité du cabinet de curiosité en art, 11.HAL Archives-ouvertes.fr

DUBOIS, A.-M. (2017). *Art-thérapie: principes, méthodes et outils pratiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

MAZAUX, J.-M., JOSEPH, P.-A., PROUTEAU, A., BRUN, V., Entretiens de médecine physique et de réadaptation de Montpellier, & Entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelles (Éd.). (2016). *La cognition sociale*. Montpellier: Sauramps médical.

JEANNEROD, M. (2004). *Le cerveau intime*. Paris: O. Jacob.

KLEIN, J.-P. (2015). *Penser l'art-thérapie*. P.U.F.

PLATEL, H., & Thomas-Antérion, C. (2014). *Neuropsychologie et art*. De Boeck Université.

TARQUINIO, C., & SPITZ, E. (2012). *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles: De Boeck.

WEBOGRAPHIE

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. *Du contexte au cortex : à la découverte des neurones sociaux*. Consulté le 24 mai 2018 à l'adresse <http://www2.cnrs.fr/presse/communiqu/5043.htm>

COLLEGE DES ENSEIGNEMENTS DE NEUROLOGIE *Accidents vasculaires cérébraux*. (2016, septembre 21). Consulté mars 2018, à l'adresse <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20accidents-vasculaires-cerebraux>

COSIN, C. (2016). *Troubles de l'humeur post-AVC, caractérisation et détection précoce* (Thèse de doctorat). École pratique des hautes études, Paris, France Consulté le 22/05/2018 à l'adresse <http://www.theses.fr/2016EPHE3051>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Rapport AVC 2017*- Consulté le 25 Mars 2018 à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf

JEANNEROD, M. (2010). *De l'image du corps à l'image de soi*, Résumé, From the body image to the sense of self. *Revue de neuropsychologie*, Volume 2(3), 185-194. Consulté à l'adresse <https://www-cairn-info.ressources.univ->

poitiers.fr/article_p.php?ID_ARTICLE=RNE_023_0185

LECHEVALIER, B. (2010). Plasticité cérébrale et liens somatopsychiques, Summary, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen. *Revue française de psychanalyse*, 74(5), 1699-1706. <https://doi.org/10.3917/rfp.745.1699>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Plan action AVC* Consulté le 24 Mars 2018 à l'adresse <https://www.cnsa.fr/plan-actions-avc-17avr2010.pdf>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE *La prise en charge de l'AVC* (2016, octobre13) Consulté le 24 Mars 2018 à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/la-prise-en-charge-des-avc>

NACCACHE, L. DEVEZE, E. *Connaissez-vous bien votre cerveau ?* (2018, avril 12). Consulté 12 juin 2018, à l'adresse <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-12-avril-2018>

PAUL, M. (2012). *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique*, The support approach as a specific professional position. *Recherche en soins infirmiers*, (110), 13-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>

PLATEL, H. *L'art pour soigner la mémoire ?* (2017, octobre 16). Consulté 12 juin 2018, à l'adresse <https://www.franceculture.fr/conferences/maison-de-la-recherche-en-sciences-humaines/lart-pour-soigner-la-memoire>

PLATEL, H. (2017). *L'étude du cerveau nous aide-t-elle à mieux comprendre l'impact de l'art sur nos vies ?* *Nectart*, (4), 144-151. Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/revue-nectart-2017-1-page-144.htm>

SIMON, O. (2007). *Dépression après accident vasculaire cérébral*, *STV* Volume19, (5), 248 à 254.

VILLAIN, M. (2016). *Facteurs de risque et de protection pour la dépression post AVC : approche en vie quotidienne*. (Thèse de doctorat). École pratique des hautes études, Paris, France Consulté le 21 Mai 2018 à l'adresse <http://www.theses.fr/2016EPHE3058.pdf>

VINCKIER, F. *Dire « Secoue-toi un peu » à une personne déprimée, ça ne sert à rien*. (2018). Consulté 4 juin 2018, à l'adresse <https://icm-institute.org/fr/actualite/dire-secoue-toi-a-personne-deprimee-ca-ne-sert-a-rien/>

DIVERS

DJELLAB, M. (2018, mars). Les troubles dépressifs- Cours DU Art-thérapie.

GILLAIZEAU A, SAMSON L. (2011). Mémoire de fin d'étude en Art-thérapie *Expérience en art-thérapie à dominantes musique et arts plastiques, auprès de personnes cérébro-lésées souffrant d'un syndrome de dépression réactionnelle*,

dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

GIRAUD, J. jacques. (2017, octobre). L'art et la médecine- Cours DU Art-thérapie.

NEAU, J. P. (2018, mars). Les accidents vasculaires cérébraux-Cours DU Art-thérapie.

PAIN, B. (2018, avril). Cours DU Art-thérapie.

GLOSSAIRE

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire : trouble du rythme cardiaque se traduisant par une succession de contractions cardiaques rapides et désordonnées au niveau des oreillettes (auricules) du cœur. Contractions anormales des oreillettes qui entraînent un dérèglement du pouls appelé arythmie.

Adynamie : Extrême faiblesse musculaire

Agnosie : trouble de la reconnaissance d'un objet

Anévrisme : poche qui se forme sur la paroi d'une artère et qui peut rompre à tout moment

Angiopathie amyloïde : pathologie des vaisseaux donnant des micro-saignements ou multiples AVC hémorragiques

Anhédonie : incapacité à ressentir du plaisir

Apathie : perte de motivation, de désirs et d'émotions

Aphasie Perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre le langage parlé

Apraxie idéomotrice : difficulté à effectuer des gestes concrets

Artériole : petite artère

Artério-sclérotique : épaississement de la paroi des artères

Ataxie : perturbation de l'équilibre et de la coordination motrice

Athérome : dépôt de plaques riches en cholestérol sur la paroi interne d'une artère

Athérosclérose : maladie des artères, due à une plaque d'athérome, comportant un épaississement et durcissement de la paroi des vaisseaux gênant la circulation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CERRSY : Centre de Rééducation et Réadaptation Sud Yvelines

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique : grand organisme public français de recherche scientifique où des scientifiques explorent le vivant, la matière, l'univers et le fonctionnement des sociétés humaines

Cognition ou fonctions cognitives : ensemble des processus dits de "haut niveau" tels que mémoire, attention, fonctions exécutives, fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies).

Cognition spatiale : ensemble de processus mis en jeu pour appréhender l'espace corporel et extra-corporel

Cortex cérébral : Tissu organique recouvrant les deux hémisphères du cerveau.

Dysarthrie : difficulté à articuler

Dysesthésie : trouble de la sensibilité

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Emboligène : migration d'un caillot véhiculé par la circulation sanguine

Engagement : déplacement d'une partie de l'encéphale aboutissant à une compression grave du système nerveux central

Fibrillation auriculaire : trouble du rythme cardiaque se traduisant par une succession de contractions cardiaques rapides et désordonnées au niveau des oreillettes (auricules) du cœur

Fonctions cognitives ou cognition : ensemble des processus dits de "haut niveau" tels que mémoire, attention, fonctions exécutives, fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies).

Fonctions exécutives : processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles, et ce notamment lorsque les routines, les schémas d'action habituels ne suffisent pas

Grasping réflexe : préhension forcée

HAS : Haute Autorité de Santé

HARS : échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton

HDRS : échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton

Hématome sous tentorial : hématome au niveau du cervelet et du tronc cérébral (sous la tente du cervelet)

Hématome Capsulo-thalamique : hématome profond situé au niveau du thalamus

Hématome thalamo-capsulo-lenticulaire : hématome profond situé au niveau des noyaux gris centraux cérébraux

Hémianesthésie : perte de sensibilité d'une moitié du corps

Hémianopsie : perte ou une diminution de la vue dans une moitié du champ visuel d'un œil, ou le plus souvent des deux yeux.

Héminégligence : C'est une anomalie due à une lésion de l'un des hémisphères cérébraux et qui conduit la personne atteinte à négliger, "oublier" la moitié de l'espace qui l'entoure. La lésion empêche le cerveau de répondre aux signaux qui lui sont présentés du côté opposé à celui qui est touché.

Hémiparésie : forme mineure d'hémiplégie

Hémiplégie : paralysie d'une moitié du corps

Hémostase : ensemble des mécanismes qui concourent à l'arrêt d'un saignement.

Hydrocéphalie : excès de liquide céphalorachidien dans les cavités cérébrales

Hypoesthésie : diminution de la sensibilité

Hypo-perfusion : diminution de la vascularisation

ICM : Institut du cerveau et de la moelle épinière : centre de recherche de dimension internationale

Infracognitif : raisonnement intime, les évidences que le patient n'interroge pas mais qui modifie ses choix

INSERM : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale réunit de nombreux chercheurs dont leurs missions sont d'améliorer la santé de tous par le progrès des connaissances sur le vivant et sur les maladies, l'innovation dans les traitements et la recherche en santé publique

Intra-parenchymateux : intra-cérébral

IRM : imagerie à résonnance magnétique

Ischémié : circulation sanguine diminuée ou arrêtée au niveau d'un organe

Isocinétisme : machine permettant un mouvement qui se fait à vitesse constante, pour permettre à la force développée par le muscle de rester constante tout au long du mouvement.

Limbique : région profonde du cerveau. Elle joue un rôle important dans la régulation des émotions, la mémoire, les capacités d'apprentissages. Le système limbique évalue les émotions procurées par les situations et envoie un message adapté (production d'hormones, mécanismes de réflexe corporel. Le système limbique conserve les souvenirs et les associe aux émotions.

Lobe frontal : partie de l'encéphale située à l'avant du cerveau

Métacognitif : regard du patient sur sa santé, sa maladie, son traitement, ses soignants

Micro-angiopathie : maladie des petites artères

Mnésique : qui se rapporte à la mémoire

Modulation de la plasticité : modification des connexions neuronales par modulation de l'efficacité des synapses et modification de la force de leur branchement sous l'effet de l'expérience.

MPR : Médecine Physique et Réadaptation : spécialisation médicale qui a pour rôle de coordonner et d'assurer les mesures nécessaires pour prévenir ou réduire

les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités

NACO : Nouvel Anti Coagulant Oral

Neurones asociaux : neurones qui s'activent en l'absence d'un congénère

Neurones sociaux : neurones qui s'activent en présence d'un congénère

Neuro-plasticité ou plasticité cérébrale : remodeler ses connexions cérébrales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé : Institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies pour la santé publique.

Paralysie complète : touchant tout l'hémicorps

Paralysie d'intensité partielle et incomplète brachio-faciale non proportionnelle : atteinte au membre supérieur dissociée entre la main, plus sévère, et le bras, moins nette

Parenchyme : Tissu cellulaire d'un organe

Perceptif : sensations que perçoit le patient à travers son corps

Plasticité cérébrale ou neuro-plasticité : remodeler ses connexions cérébrales

Praxique : capacité à exécuter des gestes orientés vers un but déterminé

Prosopagnosie : trouble de la reconnaissance des visages

Pyramide de Maslow : Hiérarchie des besoins d'un individu selon une classification en 5 points (survie, sécurité, socialisation, estime, accomplissement) définie par Abraham Maslow

Résilience : Capacités du psychisme humain à résister et à se dégager des effets d'un traumatisme pour récupérer un équilibre satisfaisant.

Sous cortical : sous de la couche superficielle cérébrale appelée cortex.

Spasticité : contraction et raideur musculaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Syndrome dysexécutif = Syndrome frontal : l'altération des fonctions exécutives gérées par les lobes antérieurs du cerveau (lobes frontaux)

Syndrome pseudo-bulbaire : ensemble de signes ou symptômes retrouvés lors d'une lésion des neurones moteurs centraux. Il entraîne des troubles semblables à ceux rencontrés lors d'une atteinte du bulbe rachidien (troubles de la déglutition et de la phonation, rires et pleurs spasmodiques, marche à petits pas, troubles sphinctériens)

Télé-AVC : Téléconsultation avec transmission en multi-sites des images du patient au radiologue et neurologue de garde et évaluation à distance en temps réel de l'AVC. L'examen médical se fait à distance (téléconsultation), via des services de transferts de données sécurisés et de visioconférences entre le spécialiste (neurologue, radiologue, neuro-radiologue) et l'assistance sur place d'un médecin urgentiste pour émettre un diagnostic.

Thalamus : zone de forme ovoïde constituée d'une paire de noyaux gris cérébraux, située dans la partie profonde du cerveau entre le cortex et le tronc cérébral. Il reçoit les informations sensibles, sensorielles. Il régule la conscience, le sommeil, la vigilance. Il est responsable des réflexes émotifs, auditifs, optiques, de l'équilibre et de la posture. La quasi-totalité des informations envoyées au cortex passe par lui.

Thrombose : caillot se formant dans un vaisseau sanguin et l'obstruant

Thrombus : caillot

UGEAM : Union pour la Gestion des Caisses d'Assurance Maladie

UNV : Unité Neuro-Vasculaire : service de neurologie vasculaire spécifiquement dédié à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

Vitamine K : intervient dans la coagulation du sang

ANNEXE

Annexe 1 : Fiche d'ouverture

Annexe 2 : Fiche d'observation

Annexe 3 : Echelle d'évaluation HDRS

Annexe 4 : Echelle d'évaluation HARS

Annexe 5: Echelle d'évaluation Frenchay Arm Test

Annexe 6 : Echelle d'évaluation Système de mesure de l'autonomie (cognition)

Annexe 7 : Echelle d'évaluation de la Négligence

Annexe 8 : Œuvres de patients

Annexe 1 Fiche d'ouverture

ACCOMPAGNEMENT EN ART THERAPIE / Fiche d'ouverture (état de base soit S1)	
Prénom NOM: Date de naissance : Médecin : Droitier Gaucher	Date d'entrée : Service : Chambre :

Présentation personnelle

Antécédents médicaux /chirurgicaux	Traitements
------------------------------------	-------------

kiné	Ergo	Orthophoniste	Psychologue	Neuropsychologue	Psychomotricienne
------	------	---------------	-------------	------------------	-------------------

Motif d'admission	Situation Familiale
-------------------	---------------------

Qu'est ce que l'art et l'art thérapie pour vous ?

Choix des techniques artistiques (l'aider à prioriser ses choix)

Troubles Généraux	Troubles moteurs	Troubles de l'humeur
Difficultés relationnelles Oui Non	Troubles praxiques (coordination motrice volontaire orientée et adaptée) Oui Non	Agitation Oui Non
Difficultés de communication Oui Non	Troubles de la marche Oui Non	Agressivité Oui Non
Troubles du langage Oui Non	Fauteui Déambulateur Canne	Opposition Oui Non
Troubles de l'audition Oui Non	Apraxie motrice (mouvements précis rapide en séries) Oui Non	Refus Oui Non
Troubles de l'audition Oui Non	Apraxie réflexive (imitation d'un geste) Oui Non	Isolement Oui Non
Troubles visuels Oui Non	Apraxie idéatoire (geste complexe) Oui Non	Angoisse Oui Non
Lunettes	Paralysie Oui Non	Tristesse Oui Non
Capacité à choisir Oui Non	Localisation	Apathie Oui Non
Capacité à s'affirmer Oui Non	Troubles de la posture Oui Non	Labile (humeur changeante) Oui Non
Douleur physique Oui Non	Troubles de l'équilibre Oui Non	
Douleur psychique Oui Non	Troubles de la coordination Oui Non	

Objectif thérapeutique initial (Qu'est ce qui pourrait vous aider à vous sentir mieux)

Histoire de vie

Anamnèse

Objectif(s) thérapeutique(s)

Objectif(s) intermédiaire(s)

Annexe 2 Fiche d'observation

FICHE D 'OBSERVATION SEANCE n°

Nom Prénom : Etag Chambre Médecin Doitier Gaucher	Date : Individuel Collectif Séance N° Début de séance Fin de séance
---	---

Nombre de participants

Nom des participants

Objectifs) thérapeutique(s)

Capacités

Limites (nature, état localisation et description des difficultés)

Objectifs intermédiaires

Intention sanitaire (ce que le patient va travailler pour l'aider à aller mieux et atteindre son objectif)

Aspect abordé (objectif de la séance / aux troubles repérés)

Techniques employées : technique mixte - peinture - pastel – feutres – découpage – collage – encres de couleur –
Autres techniques associées :

Consigne

Mode d'intervention : Directif (jeu) – Dirigé (situation) /Semi dirigé (exercice) – ouvert (point de départ) – libre (action spontanée)

Ambiance générale de la séance (ambiance de la séance, limites atteintes, faits nouveaux, intérêt pour l'activité...) :

Observation pendant la séance :

Plaisir Oui Non

Bien être Oui Non

Auto évaluation de la séance : n'aime pas – indifférent – satisfait – s'investit pour la suite-est très fier de lui

Sujet séance suivante abordé

Intention sanitaire prochaine séance

Nouvel objectif intermédiaire Oui Non Lequel

Nouveaux items observables Oui Non Lesquels

Annexe3 Echelle d'Hamilton d'évaluation de la dépression HDRS

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats :

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi, S. Criquillon-Doublet, Laboratoires Ardox, 1993

Annexe 4 Echelle d'évaluation HARS

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient(e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient(e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft)

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

- 0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.
- 1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.
- 2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.
- 3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).
- 4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

- 0 – Absent
- 1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
- 2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.
- 3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
- 4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

- 0 – Absents
- 1 – Leur présence n'est pas claire
- 2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.
- 3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
- 4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft)

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<http://www.sommecil-mg.net>

(copyleft)

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiet(e), tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Annexe 5 Echelle d'évaluation Frenchay Arm Test

***F**renchay *A*rm *T*est*

Le malade est impliqué dans cinq tâches successives, uni ou bi-manuelles. Ce test mesure l'approche et la préhension de façon simple et reproductible. Mais il n'est utilisable que pour des patients ayant une bonne récupération de la commande volontaire. L'examinateur note simplement le nombre d'épreuves réalisées avec succès (de 0/5 à 5/5).

- 1 : stabiliser une règle pendant que l'autre main tire un trait.
- 2 : prendre et lâcher un cylindre d'un demi-pouce (soit 1,27 cm).
- 3 : boire un verre d'eau.
- 4 : ouvrir et fermer une pince à linge.
- 5 : se peigner les cheveux.



Annexe 6 Echelle d'évaluation Système de mesure de l'autonomie (cognition)

N° de dossier

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

INCAPACITÉ		HANDICAP	STABILITÉ DE LA RESSOURCE
Précisez, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
3. PARLER			
0	Parle normalement	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources* : ☐ ☐ ☐	0
-1	A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée		-1
-2	A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel		-2
-3	Ne communique pas Aide technique : ☐ ordinateur ☐ tableau de communication		-3
Commentaires (type de compensation, par exemple) :			
Compréhension et expression écrite :			
D. FONCTIONS MENTALES			
Pour chaque élément, précisez depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
1. MÉMOIRE			
0	Mémoire normale	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources* : ☐ ☐ ☐	0
-1	Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants		-1
-2	Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs, etc.)		-2
-3	Amnésie quasi totale		-3
Commentaires :			
2. ORIENTATION			
0	Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources* : ☐ ☐ ☐	0
-1	Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes		-1
-2	Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières		-2
-3	Désorientation complète		-3
Commentaires :			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

* Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.



ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

STABILITÉ DE LA RESSOURCE *

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Précisez, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité			
3. COMPRÉHENSION			
0	Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources* :	0
-1	Est lent à saisir des explications ou des demandes		-1
-2	Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages		-2
-3	Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui		-3
Commentaires : _____			
4. JUGEMENT			
0	Évalue les situations et prend des décisions sensées	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources* :	0
-1	Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées		-1
-2	Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère		-2
-3	N'évalue pas les situations et une autre personne doit prendre les décisions à sa place		-3
Commentaires : _____			
5. COMPORTEMENT			
0	Comportement adéquat	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources* :	0
-1	Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation		-1
-2	Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)		-2
-3	Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver		-3
Commentaires : _____			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

* Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

Annexe 7 échelle d'évaluation de la Négligence

2.4.3.2 Négligence : Batterie de C. Bergego

Évaluation fonctionnelle réalisée par le thérapeute

Héminégligence droite/gauche

Patient :

Date :

Examineur :

Cotation de l'intensité du trouble :

0 : aucune négligence unilatérale

1 : négligence unilatérale discrète

2 : négligence unilatérale modérée

3 : négligence unilatérale sévère

NV : non valide

1. Omission du côté droit/gauche lors de la toilette (lavage, rasage, coiffure, maquillage).	0	1	2	3	NV
2. Mauvais ajustement des vêtements du côté droit/gauche du corps.	0	1	2	3	NV
3. Difficultés à trouver les aliments du côté droit/gauche de l'assiette, du plateau, de la table.	0	1	2	3	NV
4. Oubli d'essuyer le côté droit/gauche de la bouche après le repas.	0	1	2	3	NV
5. Exploration et déviation forcée de la tête et des yeux vers la gauche/droite.	0	1	2	3	NV
6. "Oubli" de l'hémicorps droit/gauche (par exemple : bras ballant hors du fauteuil, patient assis ou couché sur son côté paralysé, pied droit/gauche non posé sur la palette du fauteuil roulant, sous-utilisation des possibilités motrices).	0	1	2	3	NV
7. Ignorance ou indifférence aux personnes ou aux bruits venant de l'hémi-espace droit/gauche.	0	1	2	3	NV
8. Déviation dans les déplacements (marche ou fauteuil roulant) amenant le patient à longer les murs du côté gauche/droit ou à heurter les murs, les portes ou les meubles sur sa droite/gauche.	0	1	2	3	NV
9. Difficultés à retrouver des trajets ou lieux familiers lorsque le patient doit se diriger vers la droite/gauche.	0	1	2	3	NV
10. Difficultés à retrouver des objets usuels lorsqu'ils sont situés à droite/gauche.	0	1	2	3	NV
Total (score total/nombre d'items valides) x 10 = /30					

Annexe 8 Œuvres de patients



Figure 12 estampes japonaises Mme Hélène



Figure 13: tournesols à l'aquarelle Mme Hélène

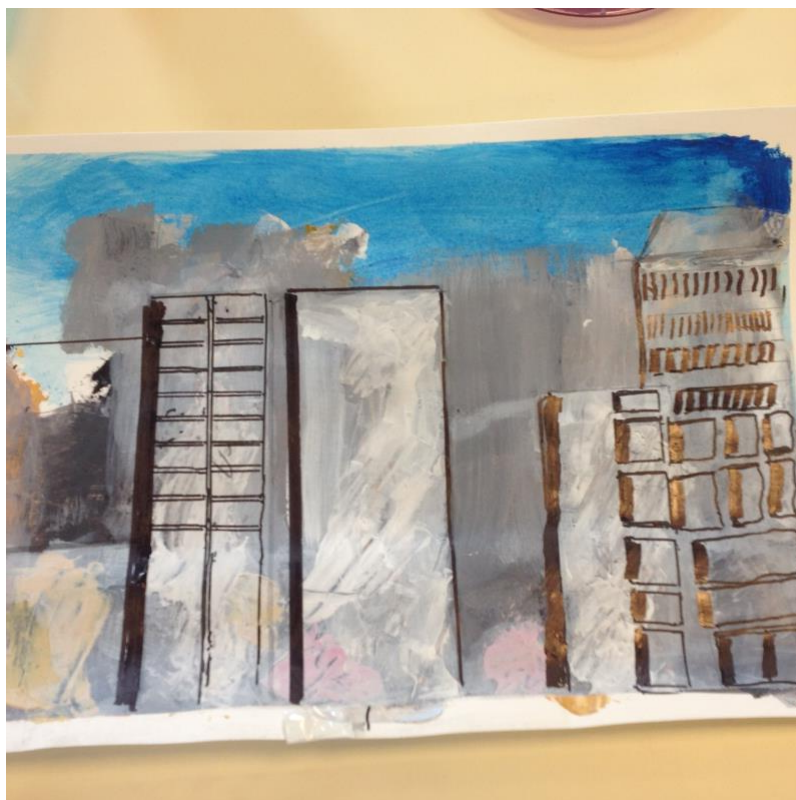


Figure 14 : réalisation de bâtiments à l'acrylique Mr Albert



Figure 15 : paysage d'automne au coton tige Mr Albert



Figure 16 : Encre sur papier mouillé Mr Olivier

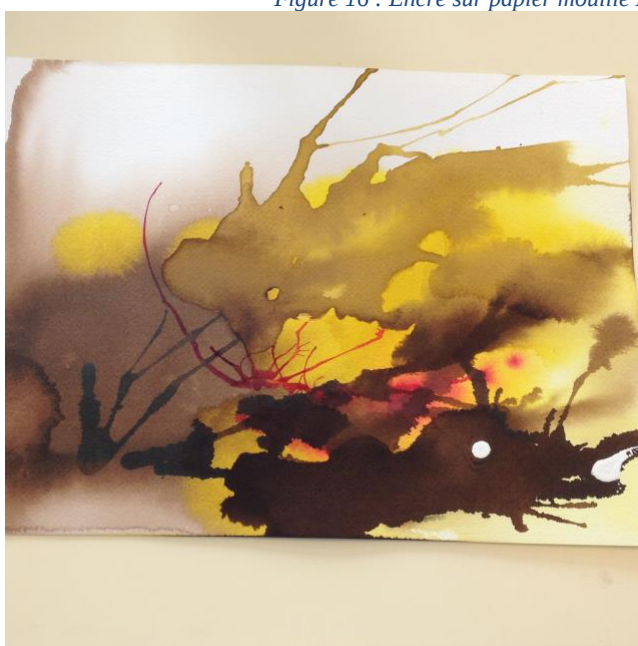


Figure 17 Encres colorées Mr Olivier



Figure 18 collage d'épices Mr Olivier

RESUME

La place de l'art-thérapie par les arts plastiques et la peinture auprès de patients victimes d'un accident vasculaire cérébral

Dans le cadre d'une étude concernant la place de l'art-thérapie par les arts plastiques et la peinture auprès de patients victimes d'un accident vasculaire cérébral, il nous a semblé nécessaire d'analyser l'évolution des symptômes anxieux et dépressifs et d'observer leur répercussion sur la motricité, la cognition et l'acceptation de la déficience auprès de trois patients hospitalisés au Centre de Rééducation et Réadaptation Sud Yvelines.

Pour mener cette étude, nous avons orienté notre recherche sur les mécanismes intervenant dans le fonctionnement cérébral, sur des outils scientifiques afin de mesurer l'évolution des symptômes.

L'enjeu est de concevoir un cadre et un dispositif d'atelier d'art-thérapie qui permettent une expression créatrice de la personne pour s'accepter et se reconstruire. La prise en soin nécessite d'accompagner les patients dans une relation de confiance selon un cadre thérapeutique.

L'étude a permis de constater l'efficacité des séances sur les symptômes anxieux et dépressifs. La progression des fonctions motrices cognitives et de l'acceptation de soi doit être observée de façon prudente : elle peut être influencée par de nombreux facteurs indépendants de l'art-thérapie.

Il serait nécessaire de prolonger l'étude avec une cohorte plus nombreuse et homogène dans ses caractéristiques.

Mots clés : anxiété-dépression-motricité-cognition-déficience-accident vasculaire cérébral- art thérapie

ABSTRACT

The status of art therapy by plastic art and painting with cerebrovascular accident victims' patients

As part of a study about the status of art therapy by plastic arts and painting with stroke victims' patients, it seemed necessary to analyse the evolution of anxiety and depressive symptoms and to observe their impact on motor skills, cognition and disability acceptance among three hospitalised patients at the South Yvelines Recovery and Readaptation Centre.

To achieve this study, we focused our research on mechanisms involved in brain function and scientific tools in order to measure the evolution of symptoms.

The main issue is to design an art therapy workshop' framework and a process that allow the creative expression of the person to enable acceptance and reconstruction. Taking care requires accompanying patients in a trustworthy relationship according to a therapeutic setting.

The study allowed to note the effectiveness of sessions on anxiety and depressive symptoms. Progress in cognitive motor functions and self-acceptance must be carefully observed, it can be influenced by many factors independent from art therapy.

It would be necessary to extend the study to a larger and more homogeneous cohort.

Keywords : Anxiety-depression-motor skill-cognition-disability-acceptance-cerebrovascular accident- art therapy