

UNIVERSITE de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 - FRANCE

**Une expérience en art-thérapie par les arts plastiques auprès de
personnes âgées victimes d'accidents vasculaires cérébraux fréquentant
l'accueil de jour autonome**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
Présenté par Nathalie MOREAU

Année 2016 – 2017

Sous la direction de :
Etienne HEROULT
Ergothérapeute
Master II Gériologie

Lieu de stage :
Association L'Escale
Accueil de jour
10, rue des Alisiers
86600 LUSIGNAN
FRANCE

Référent universitaire :
Pr. Jean-Jacques GIRAUD

A la mémoire de Laurence

Remerciements

*Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont permis d'effectuer ce stage,
à toutes celles et ceux qui m'ont transmis leur savoir et accompagnée pour la réalisation de ce
mémoire et à mon entourage pour son soutien.*

PLAN

PREAMBULE	6
PARTIE I INTRODUCTION	7
1.1 L'accident vasculaire cérébral	7
1.1.1 L'AVC sur le plan clinique	7
1.1.2 L'AVC sur le plan thérapeutique	8
1.2 La prise en charge de l'AVC	9
1.3 Techniques utilisées en art-thérapie : les arts plastiques, l'odorothérapie et l'écoute musicale	9
1.3.1 Les arts plastiques	10
1.3.2 L'odorothérapie	11
1.3.3 L'écoute musicale	12
1.4 Définition de l'art-thérapie	12
1.5 Problématique et hypothèse	13
PARTIE II MATERIELS ET METHODE	14
2.1 MATERIELS	14
2.1.1 Présentation du lieu de stage : la maison d'accueil de jour autonome	14
2.1.2 Les objectifs de la prise en soin art-thérapeutique	15
2.1.3 Grille d'évaluation et schéma utilisés	15
2.1.5 Stratégies thérapeutiques et besoins des patients	16
2.1.6 Durée de la recherche	16
2.1.7 Retombées attendues	16
2.1.8 Organisation des séances	16
2.1.9 Evaluation des séances	17
2.2 - METHODES	17
2.2.1 Madame J., 86 ans, veuve depuis 7 ans, victime d'AVC en 2012	17
2.2.2 Madame D., 75 ans, veuve depuis 2 ans, victime d'un AVC suite à une intervention chirurgicale	21
PARTIE III RESULTATS	27
3.1 Madame J.	27
3.1.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés	27
3.1.2 Items scientifiques personnalisés	27
3.1.3 Grilles d'observation des séances	28
3.1.4 Bilan communiqué à l'équipe pluridisciplinaire	31
3.1.5 Auto-évaluation de Mme J.	32
3.2 Madame D.	32
3.2.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés	32
3.2.2 Items scientifiques personnalisés	33
3.2.3 Grilles d'observation des séances	33
3.2.4 Bilan	38
3.2.5 Auto-évaluation	39
PARTIE IV DISCUSSION	40
4.1 Apports et bénéfice de l'étude	40
4.1.1 Echelles scientifiques	40
4.1.2 Items scientifiques personnalisés	40
4.1.3 Grilles d'observation des séances	40
4.2 Limites de l'étude	40
4.2.1 Nombre de séances	40
4.2.2 Déroulement des séances	41
4.2.3 Grille d'évaluation et schéma utilisé	41
4.2.4 Autoévaluation	42
4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie	43
4.3.1 Cadre thérapeutique	43

4.3.2 Relation thérapeutique	45
4.3.3 Alliance thérapeutique	47
4.3.4 Besoin des patients.....	48
4.4 Discussion de la posture soignante en que futur art-thérapeute.....	49
4.4.1 Cadre thérapeutique	49
Jean-Pierre Klein exprime aussi la nécessité de ne pas exprimer d'objectifs ou d'attentes précises de l'intervention mais à rester dans une attitude de recherche.	50
4.4.2 Besoin des patients.....	50
4.4.3 Travail en collaboration avec les autres personnels.....	51
CONCLUSION.....	54
WEBOGRAPHIE	56
ANNEXES	61
RESUME	71

PREAMBULE

Développer ses capacités créatives pour s'adapter tout au long de la vie.

Conseillère en évolution professionnelle au sein d'une institution, je suis, au quotidien, en contact avec tous types de publics à partir de 16 ans, en situation de recherche d'emploi ou de formation.

Je suis amenée à rencontrer des personnes en souffrance (maladie, accident de vie, mauvais choix de vie) ce qui constitue une altération de leur qualité de vie et un frein dans leur démarche d'insertion sociale et professionnelle sans parler de l'impact sur l'environnement familial.

L'évolution de notre société, le contexte économique et social actuel ne fait que renforcer les difficultés de ces publics fragilisés mais aussi celles rencontrées par les professionnels dans l'exercice de leurs fonctions.

Ce constat me conduit à m'interroger sur mes pratiques professionnelles, sur les orientations et les méthodes d'organisation des institutions, sur la place de la déontologie afin de redéfinir un projet de formation pour accompagner autrement.

Par conséquent, j'ai fait le choix de me former en art-thérapie et de découvrir dans le cadre de mon stage le public adulte âgé retraité victime d'accident vasculaire cérébral accompagné au sein d'une structure dont le projet d'établissement est en adéquation avec mes valeurs.

Pour me préparer à cette expérience, j'ai tout d'abord acquis des connaissances sur la naissance de la vieillesse et ses spécificités.

« J'aime les forêts. Je les aime en toute saison... »

« Aucun homme au monde, fût-ce le plus puissant des pharaons ou le plus savant des généticiens, ne peut échapper aux saisons de sa vie . »¹

¹ Claude Olievenstein – Naissance de la vieillesse – Ed. Odile Jacob 1999

PARTIE I INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral est la troisième cause de mortalité en France et la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer. La prise en charge de l'AVC* est un enjeu de santé publique majeur. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a pour objectif de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles.

L'AVC est fréquent. L'âge moyen de sa survenue est de 73ans (70 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes), 50% des patients sont âgés de plus de 75 ans mais 25% ont moins de 65 ans.

L'AVC est un événement de santé grave. C'est la troisième cause de mortalité chez l'homme après les cancers ORL* et des poumons et la première chez la femme avant le cancer du sein.

L'annonce du diagnostic impacte l'état de santé de la personne selon la définition de l'OMS* :

« La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

L'AVC est la première cause de handicap chez l'adulte. La loi du 11 février 2005 dans son article 114 donne la définition du handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

1.1 L'accident vasculaire cérébral

1.1.1 L'AVC sur le plan clinique

L'AVC se caractérise par une lésion d'une partie du cerveau à la suite de l'obstruction d'un vaisseau (accident ischémique ou infarctus cérébral) ou par la rupture d'un vaisseau sanguin et l'accumulation d'une poche de sang (accident hémorragique ou hémorragie cérébrale).

L'interruption de flux sanguin, ou l'accumulation de sang lors d'accidents hémorragiques, provoque la destruction par asphyxie des cellules nerveuses (ou neurones) dans la région concernée. Les conséquences de l'AVC varient selon la zone du cerveau touchée et l'ampleur des lésions.

L'Accident ischémique transitoire (AIT*) est une forme légère d'AVC causé par l'interruption temporaire du débit sanguin dans une partie du cerveau. Dans le cas d'un AIT les symptômes durent moins d'une heure et ne présentent pas d'anomalie sur les images du cerveau par l'IRM*. Notons qu'il se produit un peu plus fréquemment chez les hommes. Le risque d'un AVC à la suite d'un AIT est élevé (jusqu'à 10 % des cas dans la semaine qui suit).

Environ 85 % des AVC sont d'origine ischémique et 15 % d'origine hémorragique.

De fait, l'AVC et L'AIT sont des urgences médicales.

Les symptômes se manifestent subitement avec l'apparition soudaine d'une difficulté à s'exprimer (dysarthrie*, aphasie*) ou à comprendre les autres, une paralysie ou un engourdissement soudain d'un

côté du visage, d'un bras, d'une jambe (hémiplégie), une perte soudaine de la vue ou une vision dédoublée, une perte de l'équilibre ou de la coordination des mouvements, un mal de tête soudain et violent sans cause apparente.

L'intensité des symptômes permet de prévoir la gravité d'éventuelles séquelles. Or un AVC ayant entraîné des symptômes sévères et variés peut ne laisser que peu de séquelles.

Près de 75% des patients survivants ont des séquelles qui peuvent être motrices, sensibles, sensorielles et cognitives. Les plus fréquentes sont les troubles de l'équilibre (50%), les troubles de la mémoire (42%), les paralysies et parésies (37%), les hémiplésies (31%), les troubles du langage (34%) et de la vision (23%). Si 25% des patients présentent un handicap léger à modéré, 34% ne peuvent marcher sans assistance.

L'AVC doit être pris en charge médicalement très rapidement pour éviter des lésions irréversibles et optimiser la récupération.

1.1.2 L'AVC sur le plan thérapeutique

1.1.2.1 Les traitements médicamenteux

Les traitements de la phase aigüe visent à éviter les complications de l'AVC. Au-delà des complications liées au handicap, l'AVC peut être à l'origine d'infections respiratoires ou urinaires, d'œdèmes du cerveau, de crises d'épilepsie, d'infarctus du myocarde, de caillots dans les veines profondes, etc. Le médecin cherche à s'assurer que le patient ne souffre pas d'hypertension artérielle, d'hyperglycémie, d'hyperthermie ou de déshydratation.

Un médicament thrombolytique peut permettre de dissoudre les caillots si l'AVC est dû à une obstruction d'un vaisseau. Il doit être administré dans les trois heures qui suivent les premiers symptômes. Il présente un certain nombre de contre-indications qui doivent être impérativement respectées.

Les anticoagulants (les héparines) **et l'aspirine** peuvent empêcher les caillots de grossir et de causer d'autres complications et ils préviennent ainsi la formation de nouveaux caillots. Ce sont essentiellement des antiagrégants plaquettaires (aspirine, clopidogrel) et des anticoagulants oraux. De plus des traitements sont prescrits pour traiter une éventuelle hypertension artérielle, un excès de cholestérol ou un diabète.

Enfin, des conseils d'hygiène de vie et de diététique doivent être suivis : arrêt de tabac, modération dans la consommation de boissons alcoolisées, régulation du poids par une alimentation équilibrée et une activité physique régulière de 30 mn par jour minimum.

1.1.2.2 – Les traitements non médicamenteux

- La rééducation standard

La rééducation dans le traitement de l'AVC est un élément essentiel qui a prouvé son efficacité même dans le cas d'un AVC sévère. Elle peut être assurée par un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste.

Pour être pleinement efficace, la rééducation doit commencer le plus rapidement possible après l'AVC, dès les premières heures d'hospitalisation, elle se poursuivra dans un centre spécialisé puis à domicile.

- L'éducation thérapeutique du patient

Selon la HAS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP*) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

La HAS a élaboré des recommandations concernant cette prise en charge lors des phases aiguës, subaiguës et chroniques. Elle recommande de miser dès le départ sur l'ETP du patient et de son entourage afin d'optimiser et de pérenniser les résultats de la rééducation. L'accompagnement du patient avec son entourage aidant favorisera l'acquisition de compétences d'auto-soins et l'adaptation nécessaire dans la vie quotidienne.

- La prise en charge art-thérapeutique

L'art-thérapie est une discipline originale complémentaire à l'ETP, intégrée au sein des services d'éducation thérapeutique, afin d'accompagner le patient et son entourage dans un processus de transformation qui leur permettra d'améliorer leur qualité de vie et de pouvoir se projeter dans la construction d'un projet de vie.

1.2 La prise en charge de l'AVC

Des neurologues de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris² travaillent avec des art-thérapeutes depuis 2014 dans la prise en soin de patients victimes d'AVC récents.

Ils s'intéressent à l'impact du processus créatif sur la plasticité cérébrale des patients et de leur capacité à restaurer leurs fonctions cognitives endommagées. Ils sont convaincus de l'efficacité des séances en arts plastiques dans la récupération des fonctions cognitives des patients.

« C'est au cours des trois premiers mois qui suivent l'accident que les progrès sont les plus éclatants » explique la neurologue, responsable de l'étude. Elle ajoute : *« c'est l'intensité et la fréquence des séances de rééducation qui améliorent le pronostic de récupération des patients. »*

L'art-thérapie est une approche complémentaire à la rééducation standard et à l'ETP, dans le sens où son action est différente : les patients bénéficiaires de séances ne vont pas focaliser sur la partie du corps pénalisée par la maladie.

« Le processus créatif va intensifier la capacité du cerveau à se réparer, on va activer des réseaux neuronaux que l'on n'active surement pas sans cet outil ; nous le verrons peut-être plus tard à l'IRM fonctionnel. Pour l'instant nous pouvons juste évaluer la progression clinique. »*

Par ailleurs, l'équipe médicale du service concerné a observé une amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi, via un questionnaire dans lequel 80 % des patients ont déclaré que l'art-thérapie avait amélioré leur bien-être dans l'hospitalisation et leur a fait découvrir l'art.

1.3 Techniques utilisées en art-thérapie : les arts plastiques, l'odorathérapie et l'écoute musicale

Globalement, nous pouvons dire que l'art-thérapeute développe une double compétence nécessitant des aptitudes relationnelles et des connaissances artistiques. Il est amené à intervenir auprès de tout type de public, par conséquent il doit être en capacité de proposer différentes techniques, de se former tout au long de sa vie.

² Fondation du groupe Pasteur Mutualité – source Tout prévoir – date novembre 2016 art p18.19 – la dépeche.fr

Les arts plastiques ouvrent le champ des possibles : au sein de l'accueil de jour l'Escale, plusieurs techniques artistiques ont été proposées et pratiquées dans le cadre des ateliers en art-thérapie.

1.3.1 Les arts plastiques

• L'art japonais du pliage de papier : l'origami

C'est une technique créative décorative, romantique, poétique. Cette technique permet la réalisation de pliages à partir de papier spécifique, avec ou sans découpage et collage. Il est possible de s'inspirer de la technique et d'utiliser du papier recyclé, du papier fantaisie selon la texture. Le tissu japonais peut être utilisé selon les capacités du public.

L'origami permet une approche tactile et nécessite de la concentration, de la patience sur une courte durée car l'effet est immédiat, surprenant. Les fleurs en origami sont simples à réaliser et adaptées aux débutants. Une progression dans le niveau de difficulté permet de travailler la capacité mnésique et cognitive, la « résolution de problèmes » et la motricité fine.

En décomposant le processus en étapes, la personne intègre la méthodologie et peut la reproduire hors du cadre de l'atelier et de la structure d'accueil. En prenant de l'assurance, la personne s'oriente spontanément vers la personnalisation de ses œuvres : le processus créatif s'enclenche.

• L'art textile : le feutrage de laine Mérinos à l'eau chaude et au savon

Le mérinos n'est pas une laine ordinaire : cette fibre ultrafine et 100% naturelle ne pique pas, elle est douce, soyeuse, odorante et elle convient aux peaux les plus sensibles. Elle est adaptée aux personnes âgées.

Il est possible d'incorporer à la laine des matières non feutrables : lin, soie, coton, fibres artificielles ou synthétiques. Le Cobweb felting est une autre technique de feutrage qui utilise de très petites quantités de fibres pour créer un feutre extrêmement fin et translucide contenant des trous.

La mise en échec du patient est très limitée si l'art-thérapeute le guide dans la quantité de laine à positionner, dans la manière de la disposer, de la fouler. Tout le corps est mis à l'épreuve dans le mouvement car le feutrage se réalise debout et nécessite de la force. Il peut être nécessaire de relayer la personne temporairement dans les premiers temps.

Le feutrage permet de travailler la persévérance, l'endurance liée à la respiration. La laine cardée stimule l'odorat car elle conserve légèrement l'odeur initiale du mouton. Au toucher, nous ressentons les mêmes sensations que si l'on caresse l'animal : les souvenirs font surface pour les personnes âgées, en particulier, issues du milieu rural. Cette matière est facilitatrice pour l'expression et la communication verbale puis dans la création de la relation entre l'art-thérapeute et les patients mais aussi entre les patients issus du même milieu.

• L'art du collage

Cette technique consiste à créer une œuvre grâce à la combinaison d'éléments séparés et de toute nature (papier peint, journaux, objets divers). Les œuvres combinent réalité et fiction en laissant au spectateur libre interprétation. Le collage permet d'inventer des univers surréalistes. C'est une technique permettant d'évoluer progressivement vers de l'expression libre.

• L'encre aquarelle

L'aquarelle, une technique picturale fondée sur l'utilisation de pigments broyés, agglutinés dans de l'eau. Elle se pratique généralement sur un support de papier spécifique en coton ou cellulose plus ou moins épais et absorbant comme un buvard.

Son exécution rapide fait qu'il est aisé de multiplier les gratifications sur un temps très court. Un vrai atout quand nous sommes limités en nombre de séances avec un engagement immédiat de la personne. L'aquarelle peut être utilisée sans pinceaux ce qui est facilitateur pour les débutants et pour les personnes qui ont un handicap d'un membre supérieur ce qui n'empêche pas de maintenir la feuille humidifiée et de créer un mouvement pour répartir l'encre.

L'attention de la personne est absorbée, elle est spontanément concentrée sur ce qui apparaît et s'imprime ; elle va accueillir ce qu'elle voit. Des formes se dessinent et se transforment. Certaines personnes verbalisent spontanément : une image, un événement, une émotion, une sensation. Le lâcher prise s'impose du fait de l'effet surprenant quasiment magique et en particulier pour les personnes les plus angoissées qui habituellement recherchent la maîtrise du geste, la perfection dans le résultat. Dans leurs aspects subtils et vibratoires, les couleurs peuvent devenir un agent de transformation et de mieux être.

• La sculpture du fil de fer

De nombreux artistes ont choisi le fil de fer comme matériau privilégié pour leurs créations sculpturales. A la fois solide et malléable, de différents diamètres, le fil de fer offre une infinité de possibilités d'expressions créatives. Cette sculpture renverse, en effet, complètement les acquis de la sculpture traditionnelle. Aux matériaux lourds, pesants, sur la masse, elle oppose le fil de fer, un matériau industriel, léger. Il peut aisément être associé à d'autres matériaux comme le bois, la terre, la pierre, le papier...

C'est un matériau qu'il faut manipuler avec précaution et qui demande à être « dompté » car nous ne pouvons pas anticiper sa réaction et nous devons nous y adapter avec prudence. Il permet de réaliser des mouvements amples ou bien des gestes minutieux selon la réalisation envisagée.

• Le modelage

Le modelage est la technique la plus primitive qui se pratique sur des matières malléables telles que la terre, l'argile, la pâte à modeler par exemple. Il permet d'obtenir des formes par façonnage, en utilisant des outils ou par simple emploi des mains. Le sculpteur exprime sa pensée.

• Le land-art indoor*

Le land art est une tendance artistique qui se base sur l'utilisation de matériaux trouvés dans la nature, comme du sable, du bois, de la roche, de la terre par exemple. C'est un art éphémère dont les œuvres s'exposent habituellement à l'extérieur jusqu'à l'érosion naturelle.

Nous pouvons adapter cet art aux personnes âgées ayant une perte de mobilité ou aux personnes handicapées en leur mettant à disposition ces éléments naturels dans la salle d'art-thérapie. Un fond musical peut y être associé pour créer une ambiance ainsi que des odeurs.

1.3.2 L'odorothérapie

L'odorothérapie consiste à sentir une odeur qui doit être choisie par la personne. Une consigne est énoncée. Notre objectif : favoriser la détente, le lâcher prise. Le résultat est immédiat. En proposant des

odeurs de l'environnement des personnes, elles peuvent reproduire ces expériences à domicile et retrouver le plaisir de ce moment vécu en séance. Nous avons utilisé du thym, de la cannelle, de la menthe, du zeste de citron, du zeste d'orange. Cette technique peut permettre de créer un rituel de début de séance, notion importante dans le concept de cadre thérapeutique qui sera abordé ultérieurement.

Nous avons constaté l'étonnement de certaines personnes qui pensaient ne plus avoir d'odorat. Sentir une odeur stimule, ravigote les personnes. Le plaisir ressenti les apaise.

1.3.3 L'écoute musicale

N'ayant pas de compétences en musicothérapie, nous avons expérimenté l'écoute musicale : yoga du son, musique de relaxation, ambiance de la nature en début de séance et lors de la séance land-art indoor basée sur l'utilisation d'éléments marins et de la terre pour le modelage.

Pour chaque usager, l'odorothérapie et l'écoute musicale ont généré une sensation de bien-être rapide, très appréciées.

1.4 Définition de l'art-thérapie

Le cadre de l'art-thérapie tend à se stabiliser en France. Elle est reconnue comme thérapeutique non-médicamenteuse dans des plans nationaux d'actions (Bien-vieillir, Alzheimer, Cancer, Autisme).

Malgré tout, de nombreuses représentations faussées de l'art-thérapie persistent : l'amalgame est d'actualité : *« on voit se développer depuis plusieurs années des dispositifs divers se réclamant de médiations à caractère artistique et culturel et, parfois, d'approches relevant de ce qu'on appelle communément de « l'art-thérapie ».*

*« Quand on se situe sur le terrain de l'art-thérapie, on va parler de sujet, de patient, de personne, le plus souvent au singulier. Quand on se situe dans le contexte de médiations à caractère artistique, on parle non pas de sujet dans toute sa singularité, mais plutôt de participants, le cas échéant d'élèves (...) ».*³

*« L'art-thérapie est une discipline vouée à l'accompagnement humain par le moyen de la création. »*⁴

L'art-thérapie consiste par le processus de la créativité artistique, à lutter contre les troubles occasionnés par la maladie ou les blessures de la vie. Les médiations artistiques utilisées peuvent être picturales, musicales, corporelles etc. L'art-thérapie permet d'améliorer la qualité de vie de la personne en difficulté dans son quotidien.

*« L'art-thérapie est un accompagnement du travail d'un sujet sur lui-même avec la particularité qu'il le fait à travers ses productions soutenues par l'art-thérapeute pour lui permettre de cheminer vers un « être davantage » qui comprend forcément un « aller mieux ».*⁵

L'art-thérapeute peut intervenir dans des institutions médicales, sociales, des structures associatives ou en libéral : c'est une personne qui souhaite mettre sa compétence artistique au service du soin.

De par sa formation universitaire, il a développé une méthode de travail fondée sur la rigueur thérapeutique et l'esprit scientifique : il établit un protocole de prise en charge. Il met en œuvre des moyens adaptés et rédige des écrits professionnels.

³ « Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315.

⁴ STITLMANN.J, GARDIOL.C, SAVIOZ.S, VOLCKAERT-MARGOT.D, *Le concept de cadre en art-thérapie*, Genève

⁵ Klein, J. (2007). *L'art-thérapie. Cahiers de Gestalt-thérapie*, 2001, 55-62. <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2007-1-page-55.htm>

Une discipline dite originale du fait de ses particularités qui doit développer des théories et des méthodologies propres dans la perspective de mieux se situer en complémentarité des autres disciplines telles que la médecine, les sciences humaines, les sciences de la pédagogie, la sociologie, l'action culturelle, l'art et de maintenir une rigueur professionnelle.

L'association des deux mots ART et THERAPIE peut paraître étrange surtout dans le contexte de la médecine actuelle très technique mais aussi auprès du grand public. *« Deux mots qui ne vont pas ensemble, THERAPIE évoquant le pragmatisme et la rigueur, ART évoquant plutôt le rêve et l'errance ».* *« Ce n'est peut-être qu'une question de mots ».*

Cette association de mots conduit un anesthésiste-réanimateur à s'interroger : *« Je travaille bien sur le corps mais est-ce qu'en face de moi il n'y a qu'un corps ? Non, il y a un corps et ce que j'appellerai une – pensée - », « pour obtenir une bonne qualité technique de mon anesthésie, il faut donc que je contrôle cet effet néfaste de la –pensée- ».*⁶

1.5 Problématique et hypothèse

C'est à partir de l'ensemble de ces éléments que nous pouvons énoncer la problématique suivante :

L'AVC est un problème de santé publique croissant et les premières recherches en art-thérapie ont montré l'efficacité de ce soin.

Par conséquent, nous postulons que l'art-thérapie par les arts plastiques post AVC, proposée aux personnes âgées en accueil de jour, peu permettre de favoriser le mieux-être des usagers, de développer le lien social et de conserver une certaine autonomie.

⁶ Annales du Congrès art et médecine 2016 - Citation du Docteur Jacques Ariès, médecin anesthésiste-réanimateur

PARTIE II MATERIELS ET METHODE

2.1 MATERIELS

2.1.1 Présentation du lieu de stage : la maison d'accueil de jour autonome

Le 22 juin 2015 l'Escale, l'accueil de jour (ADJ*) de Lusignan s'est implanté sur le secteur rural Sud Vienne. Un second site s'est créé à Lussac les Châteaux en 2016.

L'accueil de jour consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, voire une demi-journée, des personnes âgées vivant à leur domicile, dans des locaux dédiés.

2.1.1.1 Le projet d'établissement

La mission de l'ADJ est d'accueillir à la journée les usagers et de leur proposer un environnement stimulant. Nous nous basons surtout sur les observations des capacités en situation de vie quotidienne et d'activité, sur les causes de survenue des comportements problématiques.

Le projet d'établissement est centré sur la personne dans sa globalité. Les objectifs sont le maintien du lien social et le maintien de l'autonomie, fondamentale pour les personnes vivant à domicile

L'isolement et la perte de lien social concernent autant la personne accueillie que l'aidant. L'isolement résulte des troubles induits par la maladie. Les activités proposées à l'ADJ facilitent le contact avec d'autres personnes dans un cadre convivial.

L'aidant a besoin de temps libre pour lui ; en effet pour lui la prise en charge d'un malade est estimée à environ 6h par jour, et pour une personne souvent âgée, c'est épuisant. Le service « Halte répit » est assuré.

2.1.1.2 L'équipe pluridisciplinaire de l'ADJ

- Un Directeur
- Un Chef de service, ergothérapeute*
- Deux aides médico-psychologique (AMP*) et une remplaçante.

2.1.1.3 Un modèle architectural novateur

L'accueil de jour est généralement adossé à des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Au sein de l'ADJ autonome, les personnes âgées sont accueillies quatre jours par semaine dans une maison neuve de type T4* avec jardin, adaptée pour les personnes à mobilité réduite, située au cœur d'un lotissement dans un village à proximité de commerces, véritable lieu de vie pour échanger, se divertir, s'activer, se sentir utile ou rencontrer d'autres gens. C'est un lieu qui ne génère pas l'angoisse de l'institutionnalisation, tout en étant un lieu de transition entre le domicile et l'institution.

2.1.1.4 Le public de l'ADJ

En 2016, 24 personnes ont été accompagnées sur l'année dont 10 hommes et 14 femmes. L'âge moyen était de 78,7 ans. Le plus jeune avait 56 ans et la personne la plus âgée avait, 94 ans. Les femmes sont légèrement plus âgées que les hommes.

Les principales pathologies sont :

Maladie d'Alzheimer : 37,5 % soit 9 sur 24 ;
Maladie psychiatrique : 12,5 % soit 3 sur 24 ;
Troubles cognitif d'origine vasculaire : 12,5 % soit 3 sur 24 ;
Maladie de Parkinson : 8,3 % soit 2 sur 24 ;
Hémiplégie : 4,2 % soit 1 sur 24 ;
Démence mixte : 4,2 soit 1 sur 24 ;
Maladie de Benson* : 4,2 % soit 1 sur 24 ;
Syndrome de Korsakof* : 4,2 % soit 1 sur 24 ;
Une personne n'a pas eu de diagnostic.

Onze places sont disponibles par jour sur réservation.

2.1.1.5 L'admission et les attentes des usagers, des aidants :

Chaque demande d'accompagnement fait l'objet d'un entretien préalable en présence de la personne malade et de son aidant* principal. L'entretien est une amorce de la rédaction du projet personnalisé. Les attentes principales évoquées lors de la première rencontre sont : voir du monde, entretenir sa mémoire et se sentir bien.

2.1.1.6 L'organisation au quotidien

La planification des activités est réalisée par l'ergothérapeute et les AMP en fonction des capacités des usagers, de leurs attentes et de leurs intérêts (préparation des repas et activités de vie quotidienne, activités manuelles, loisirs créatifs, ateliers à visée cognitives, activités ludiques, activités physiques, bien-être, jardinage, sorties culturelles).

2.1.2 Les objectifs de la prise en soin art-thérapeutique

Les objectifs d'accompagnement ont été définis en fonction de deux critères :

- Le projet d'établissement auquel les usagers ont adhéré en signant le contrat d'engagement
- Le projet personnalisé de l'utilisateur

2.1.3 Grille d'évaluation et schéma utilisés

Nous avons utilisé la grille AGGIR* à titre indicatif (cf. annexe1).

L'échelle visuelle analogique EVA* (annexe2) a été adaptée afin que chaque personne puisse précisément choisir le symbole le plus représentatif de son état de santé du jour. Nous demandons à chaque début de séance et à chaque personne : « *Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?* ».

Nous avons adapté un questionnaire (annexe3) destiné aux médecins concernant l'évaluation de l'alliance thérapeutique. La passation s'est faite à la quatrième séance de prise en charge ce qui a permis de confirmer ou infirmer notre ressenti subjectif.

Une fiche d'ouverture a été créée (Cf. annexe4) ainsi qu'une grille d'observation (Cf. annexe5) par séance qui comprend plusieurs rubriques en fonction de la situation et qui permet un suivi thérapeutique personnalisé. En organisant les informations, elle permet de les gérer. C'est un outil de contrôle et de vigilance de l'action thérapeutique. Elle est utilisée à titre individuel mais au sein d'un groupe, l'observation concerne l'entité « groupe » aux dépens du patient. La fiche d'observation implique un recentrage de l'activité tant sur les objectifs que sur la nature de l'intervention lié à des faits nouveaux. C'est l'écart entre

ce qui est prévu et ce qui se passe réellement qui est à prendre en considération dans la dynamique de la prise en charge et qui doit figurer sur la fiche.

2.1.4 Critères d'inclusion et de non inclusion des patients

• Critères d'inclusion

Dans le cadre de cette étude nous avons fait le choix de retenir le cas de deux personnes âgées victimes d'AVC, disponibles et consentantes pour participer régulièrement à 2 séances d'art-thérapie par semaine.

• Critères de non inclusion

Ne sont pas incluses dans cette étude, les personnes non consentantes, celles qui avaient des rendez-vous médicaux programmés, ou celles qui fréquentaient l'ADJ seulement le lundi (trop de jours fériés sur la période de stage et une semaine de formation).

Onze patients sont pris en soin art-thérapeutiques. En fonction des critères énoncés ci-dessus, nous retenons deux patientes pour cette étude : Madame J. et Madame D..

2.1.5 Stratégies thérapeutiques et besoins des patients

- Réalisation d'un entretien au quotidien avec le Chef de service lors de la semaine d'intégration : Présentation des usagers dans leur globalité ;
- Collecte de données et d'informations concernant chaque usager ;
- Entretien d'accueil des usagers : présentation de l'art-thérapie et des arts plastiques aux usagers sélectionnés pour un accompagnement art-thérapeutique ;
- Recherche de consentement pour participer aux séances d'art-thérapie ;
- Rédaction de protocoles ;
- Préparation de supports : fiche d'ouverture, fiche d'observation, fiche bilan, fiche technique artistique ;
- Préparation des séances ;
- Transmission à l'équipe pluridisciplinaire ;
- Information des familles.

2.1.6 Durée de la recherche

La recherche a débuté le 27 mars 2017 et s'est terminée le 11 mai 2017 soit une durée de 6 semaines à raison de 3,5 j par semaine.

2.1.7 Retombées attendues

Les retombées attendues de cette recherche sont le maintien du lien social et de l'autonomie pour un mieux-être des usagers au quotidien et une amélioration du bien-être pour une meilleure qualité de vie.

2.1.8 Organisation des séances

Un espace nous a été réservé et consacré, il est consacré uniquement aux séances d'art-thérapie qui sont séquencées en trois temps : l'accueil, le déroulement de la séance et la fin de séance. Les plages horaires disponibles étaient régulières. Les séances se déroulaient en individuel ou en groupe selon l'objectif de séance ou selon la technique artistique choisie par l'usager. A partir de la 3^{ème} séance une stabilité s'est installée au sein des groupes.

2.1.9 Evaluation des séances

Une fiche d'observation d'ouverture (annexe 1) puis une fiche d'observation (annexe2) seront établies pour recueillir des données à la fois quantitatives et qualitatives.

Les items portent sur : les capacités relationnelles, les capacités comportementales, les capacités psychiques, les capacités artistiques. Nous avons jugé intéressant de coter en complément, l'accueil et la dynamique de séance. Chaque item comporte 4 possibilités, la cotation se fait de 1 à 4.

L'auto évaluation figure en mots ou phrases verbalisés.

Exemple de cotation de 1 à 4 :

<u>Regards :</u> 4 – réguliers 3 – ponctuels 2 – rares 1 – absents	<u>Initiatives :</u> 4– nombreuses 3 – quelques 2 – rares 1 – aucune
--	--

2.2 - METHODES

2.2.1 Madame J., 86 ans, veuve depuis 7 ans, victime d'AVC en 2012

2.2.1.1 Anamnèse

Née à Saint Jean d'Angély (17), elle est la fille d'une fratrie de six enfants. Son père était Cantonnier aux Ormes puis à Dangé Saint Romain dans la Vienne. Elle a réalisé son apprentissage en couture à Châtellerault. Elle a rencontré son conjoint au bal, ils se sont mariés et ils ont huit enfants, dix-sept petits enfants (dont adoptifs – Vietnamiens). Une de ses filles vit à San Francisco. Son conjoint était originaire de Pamproux (79), était ouvrier agricole. Madame J. a élevé ses enfants puis elle a exercé le métier d'ASH à l'hôpital de Lusignan ; elle réside dans un village à 5kms de Lusignan et elle ne conduit plus.

Ses loisirs étaient le tricot, le canevass, la couture, la cuisine, la lecture, la marche, la musique surtout l'accordéon. Elle aime les fleurs ; actuellement elle va se promener à proximité de chez elle, elle regarde la télévision. Le week-end, l'une de ses filles lui rend visite.

Madame J. n'est pas contrariante à l'ADJ, elle ne se plaint jamais car « ça ne sert à rien » dit-elle. Elle s'exprime peu. Il est difficile pour l'équipe de savoir ce qu'elle pense et ressent.

Concernant les séquelles de l'AVC, elles sont peu visibles en situation de vie au quotidien. Selon le Chef de service, il est complexe de faire la part des choses entre ce qui est dû à l'AVC et ce qui est dû à l'isolement, à la sénescence et à un syndrome dépressif. L'Escale ne dispose pas de compte-rendu médical, de compte-rendu de consultation mémoire. L'accueil de jour ne procède pas à des tests des fonctions cognitives.

Nous pouvons évoquer un léger ralentissement idéomoteur*, un léger déficit des fonctions exécutives.

Traitements médicamenteux :

Aucun traitement n'est administré à Madame J. lors de sa présence à l'accueil de jour.

2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques

Vous trouverez ci-dessous les objectifs généraux déterminés par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre du projet personnalisé :

Objectifs art-thérapeutiques généraux :

- Renforcer le lien social ;
- Maintenir l'autonomie.

A partir de ces données nous avons déterminé les objectifs intermédiaires.

Objectifs art-thérapeutiques intermédiaires :

- Découvrir les arts plastiques ;
- Lutter contre l'ennui ;
- Eprouver du plaisir ;
- Reprendre confiance en soi et s'affirmer ;
- Favoriser l'expression verbale et non verbale.

2.2.1.3 Séances art-thérapeutiques

Séances	S1	S2	S3	S4	S5
Techniques Artistiques et Autres techniques	Ecriture Acrostiche	Origami	Feutrage de laine à la main et au savon	Feutrage de laine à la main et au savon	Encre aquarelle
Méthode	Exercice Semi-dirigée	Exercice Semi-dirigé	Exercice Semi-dirigée	Exercice Ouverte	Jeu Libre
Temps	30 mn	1h	1h15	1h15	1h
Séances	S6	S7	S8	S9	S10
Techniques artistiques et Autres techniques	Odorothérapie Ecoute musicale	Dessin	Techniques mixtes	Collage	« Land art indoor » Modelage
Méthode	Situation ouverte	Situation ouverte	Jeu libre	Jeu libre	Jeu libre
Temps	45 mn	1h	1h15	1h	1h
Dates des séances		Déroulement et contenu des séances			
S1 L27.3.17	Groupe de 4 pers.	Objectif de la séance : faire connaissance <u>Accueil</u> : présentation du thérapeute, présentation de l'art-thérapeute et du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : réaliser un acrostiche à partir de son prénom et se présenter au groupe – choix du support (carton, papier canson, feuille), format A4*, A3*.			

		<u>Fin de séance</u> : réflexivité Accompagnement jusqu'à la salle à manger et réintégration à l'ensemble du groupe : il est nécessaire de la resituer dans le temps (goûter puis transport).
S2 J30.03.17	Groupe de 3pers.	Objectif de séance : découvrir un art japonais, l'origami <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition d'un thème</u> : le printemps suite à la première promenade de la saison ; intérêt des usagers pour les fleurs. A partir d'un kit prédécoupé de papiers variés (papier décoratif, papier coloré, papier de magazines), créer une fleur en suivant un processus. 2 modèles de fleurs au choix et choix de couleurs (jaune, rouge, bleu, blanc et noir). <u>Fin de séance</u> : réflexivité, point sur cette première expérience. Accompagnement jusqu'à la salle à manger. En sortant, elle aperçoit sur l'étagère un sac avec de la laine de mouton, elle demande ce que nous faisons avec ça. Elle montre de l'intérêt pour cet art. Nous lui proposons de feutrer de la laine lors de la prochaine séance : elle nous dit « <i>oui j'aimerais bien</i> » avec un grand sourire et un regard expressif.
S3 L03.04.17 Matin	Individuelle	Objectif de la séance : découvrir l'art du feutrage de laine au savon <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. Nous proposons un fonds musical sur le thème « ambiance de la nature ». Elle accepte cette proposition. Nous commençons par toucher et sentir la matière ce qui amène Mme J. à évoquer sa vie en milieu rural. <u>Proposition</u> : feutrer des boules de laine à la main avec du savon puis des plaques de laine pour créer les fleurs lors de la prochaine séance quand la matière sera sèche. Nous faisons une démonstration en position debout avec de la laine naturelle pour lui expliquer. Elle choisit ses couleurs et feutre seule. Nous prenons le relais quand Mme J. sent qu'elle se fatigue à fouler la laine. Pour qu'elle puisse faire seule nous lui expliquons que la respiration abdominale est importante : nous abordons les notions d'endurance et de persévérance. <u>Fin de séance</u> : réflexivité, nous évoquons le déroulement de la prochaine séance : de quoi a-t-elle envie ? créer une broche comme celle qu'elle a vu dans le sac de laine. Nous lui expliquons qu'elle aura un modèle pour s'inspirer afin de la rassurer mais l'objectif est qu'elle puisse personnaliser sa création. Accompagnement jusqu'à la salle à manger.
S4 J 06.04.17	Individuelle	Objectif de séance : créer une fleur en laine feutrée personnalisée <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : A partir d'un modèle, découpage des pétales à superposer et à assembler en collant ou en cousant avec du fil. Choisir une boule en laine ou autre matière pour réaliser le cœur de la fleur et finaliser. Nous avons laissé plus d'autonomie à Mme J. dans la réalisation de sa création en nous mettant en retrait. <u>Fin de séance</u> : réflexivité. Nous lui proposons de l'initier à l'encre aquarelle lors de la prochaine séance ; elle est toujours ouverte à la découverte d'une technique. Accompagnement de Mme J. dans le couloir qui se dirige seule vers la salle à manger pour montrer sa production avec fierté et assurance.
S5 L10.04.17	Groupe 3 pers.	Objectif : découverte de l'encre aquarelle pour jouer avec la couleur et lâcher prise <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique.

		Mme J verbalise « <i>nous commençons à mieux nous connaître</i> ». <u>Proposition</u> : explications sur la composition de l'encre et sur la nécessité de se protéger avec un tablier pour ne pas se tâcher. Démonstration d'utilisation de la pipette. Présentation de couleurs primaires. L'exercice consiste à jouer avec les couleurs sur du papier canson humidifiée que nous utiliserons pour produire par la suite autre chose. Prévention sur l'incapacité de maîtriser le résultat : des formes abstraites vont apparaître et les couleurs vont se mélanger. Peut-être des formes vous apparaîtront : « C'est ce que vous faisiez enfant en regardant les nuages dans le ciel ». Mme J. a choisi le rouge et le bleu. <u>Fin de séance</u> : réflexivité Proposition d'une séance surprise pour le jeudi suivant. Mme J. est partante pour vivre cette expérience. Elle semble être en confiance et heureuse de découvrir des techniques, d'apprendre. La surprise, l'inconnu ne génère pas d'angoisse. Accompagnement jusqu'au couloir et Mme J. retourne dans la salle à manger retrouver le groupe.
S6 J13.04.17	Groupe 3 pers.	Objectif de séance : découverte de l'odothérapie et écoute musicale : éveiller les sens. <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : séance réalisée avec les volets semi-fermés pour être dans la pénombre, bien s'installer dans son fauteuil et prendre conscience des points d'appui du corps, respiration abdominale. Nous proposons de choisir un pot avec une odeur parmi le thym, la menthe, le citron, l'orange et la cannelle. Nous invitons chaque personne à fermer les yeux et à sentir l'odeur, à ne pas s'arrêter sur les images ou les pensées qui s'imposent à elles mais à les laisser passer, circuler, couler pendant 10 mn. Le temps écoulé, nous accompagnons les personnes en les situant dans le temps et dans l'espace, à prendre conscience de leur état. Nous les invitons à un temps d'échange sur l'expérience vécue. <u>Fin de séance</u> : réflexivité sur l'expérience et lien avec l'environnement de vie : les plantes et fleurs du jardin, les zestes de fruits, la cuisine et leurs odeurs. Invitation à stimuler les sens simplement mais souvent, voire au quotidien. Information sur notre départ en formation la semaine suivante : pas de séance d'art-thérapie. Accompagnement de Mme J. jusqu' à la porte de la salle car elle sait se repérer pour retourner à la salle à manger.
Formation universitaire : pas de séance d'art-thérapie		
S 7 L 24.04.17	Groupe 3 pers.	Objectif de séance : dessiner sur le fond en encre aquarelle <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : dessiner sur le thème du printemps un oiseau ou un papillon à partir de gabarits puis personnalisation du sujet. <u>Fin de séance</u> : réflexivité sur la séance. Proposition de créer une pièce unique à partir des productions réalisées depuis les premières séances. Nous mettrons à dispositions d'autres éléments à utiliser en complément selon les envies du moment. Accompagnement de Mme J jusqu' à la porte.
S8 J27.04.17	Groupe 3	Objectif de séance : affirmer ses goûts en créant une pièce unique <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique.

		<u>Proposition</u> : jouer avec les formes et les couleurs de vos créations réalisées depuis le début des séances pour créer un tableau unique sur le support de votre choix (carton A3, canson A3, carton A4, canson A4) en toute autonomie. <u>Fin de séance</u> : réflexivité sur la séance. Nous accompagnons Mme J. jusqu'à la porte. Au cours des séances précédentes elle avait remarqué qu'une autre participante avait créé une boîte, un « kit créatif » et qu'elle l'emmenait à la maison pour s'occuper. Nous lui demandons ce qu'elle pense de cette démarche. Elle est intéressée pour préparer une boîte de loisirs créatifs pour la maison. Elle répond : « <i>ah oui, ça serait bien ça</i> » ; ce sera le projet de la séance suivante.
S9 M 02.05.17 Matin	individuelle	Objectif de séance : préparer Mme J. à la fin d'accompagnement, <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : décorer une boîte « kit créatif » dans laquelle nous placerons un mode opératoire pour réaliser des fleurs en papier à son domicile pour s'occuper et créer. Nous y ajoutons la liste des fournitures (ciseaux, colle). Nous lui proposons de choisir différents papiers décoratifs et elle prépare des cercles de papier de différentes tailles. Nous définissons ensemble les modalités de fonctionnement entre l'ADJ et le domicile. « <i>Ça va m'occuper un petit peu tous les jours</i> ». <u>Fin de séance</u> : réflexivité sur la séance. Nous proposons à Mme J. à nouveau une surprise pour la dernière séance car nous avons collecté de nombreux éléments en bord de mer. Nous proposons d'y ajouter un fond musical sur le thème de la mer « <i>le bruit des vagues</i> ». Elle semble ravie. Nous accompagnons Mme J. jusqu'à la porte.
S10 J 04.05.17	Groupe 3 pers.	Objectif : création éphémère à partir d'éléments naturels pour matérialiser la fin de l'accompagnement <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre thérapeutique. <u>Proposition</u> : création libre à partir des différents éléments naturels de la plage (bois flotté, verre poli, sable, galets, pomme de pin) comme si vous y étiez sur la plage avec en fond musical le bruit des vagues. De la terre rouge et blanche était à disposition pour les personnes qui souhaitaient la toucher et l'utiliser le cas échéant. <u>Fin de séance</u> : réflexivité de séance et sur l'accompagnement. Nous invitons Mme J. à fêter notre départ autour d'un verre et d'un gâteau pour le goûter. Nous rejoignons ensemble le groupe installé dans la salle à manger.
Analyse de séance		Mme J. a pris beaucoup de plaisir lors des séances d'art-thérapie. Elle dit avoir appris plein de choses et surtout elle constate des changements dans ses comportements à domicile « <i>je cherche des solutions quand je rencontre un problème à la maison</i> ».

2.2.2 Madame D., 75 ans, veuve depuis 2 ans, victime d'un AVC suite à une intervention chirurgicale

2.2.2.1 Anamnèse

Née à Mauzé sur le Mignon, dernière fille d'une fratrie de six enfants, titulaire du baccalauréat, Madame D a effectué plusieurs professions dont la pâtisserie durant 35 ans avec son mari boulanger. C'est elle qui faisait les tournées ; elle avait beaucoup de contacts avec les autres et elle était impliquée dans la

vie locale. En 2015, son conjoint décède de la maladie d'Alzheimer ; elle l'a accompagné pendant quatre ans ; ce fut une épreuve terrible car elle ne le reconnaissait plus. Lors de l'hospitalisation de son époux, Madame D. a subi une intervention chirurgicale pour corriger une scoliose du canal lombaire ; dans la nuit du 18 mai 2015 elle fût prise de nausées et vomissements. Le scanner révélera un AVC suite à un surdosage de traitement pour soigner une thrombose surale* et une hypertension. Les séquelles sont importantes : une dysarthrie*, une dysphagie* et une hémiparésie droite partielle*. Elle est dépendante dans ses activités de vie quotidienne. La perte de mobilité nécessite l'usage d'un fauteuil roulant dans une maison non adaptée à la mobilité réduite. Elle vit avec son fils cadet ; sa fille vient la voir une fois par semaine et elles ont de bonnes relations. Son deuxième fils vit dans le sud de la France.

Madame D. a des soins de nursing tous les jours et à plusieurs reprises, elle présente aussi des troubles de la déglutition ce qui nécessite l'intervention du SSIAD* et d'une auxiliaire de vie. L'orthophoniste vient une fois par semaine et le kinésithérapeute vient trois fois par semaine à raison d'une demi-heure par séance. L'objectif est de stimuler la main droite pour récupérer toutes ses capacités. Finalement, il vient uniquement pour les membres inférieurs, une information obtenue à mi-parcours de l'accompagnement en art-thérapie.

Madame D. est souriante, a beaucoup d'humour et elle reste positive malgré toutes ses difficultés et sa souffrance. C'est une femme volontaire. Elle a une excellente présentation : le choix de ses tenues vestimentaires est harmonieux, elle est bien coiffée, maquillée. Elle aime aller faire les courses avec l'équipe pour faire du shopping dans la galerie marchande et discuter avec des anciennes clientes qu'elle peut croiser bien que, parfois ce soit douloureux car elles ne la reconnaissent pas toujours ou bien ne comprennent pas ses paroles. Pour cela un code a été instauré avec l'AMP pour qu'elle répète en articulant le plus possible. Ils sont surpris de la voir sur un fauteuil roulant ; elle les invite à s'approcher car ce n'est qu'un fauteuil qui roule...Une amie venait la voir toutes les semaines mais ses visites vont être moins régulières car elle a des problèmes personnels qui mobilisent du temps.

Loisirs : confection de fleurs en papier pour la décoration des chars dans le cadre du défilé annuel du village. Le jardin est aussi très fleuri. Elle aime lire beaucoup de romans ; il faut un support pour qu'elle soit à l'aise. Et elle regarde la télévision. Elle aimait beaucoup écrire des poèmes et cuisiner.

Traitements médicamenteux :

LEVOTYROX 100mg :

Action : traitement de la thyroïde ;

Effets secondaires : fatigue, maux de tête, insomnie, vertiges, douleurs musculaires et articulaires chute de cheveux.

DEROXAT 20mg :

Action : antidépresseur ;

Effets secondaires : nausées, troubles sexuels.

COVERCYL 4mg :

Action : traitement de l'hypertension ;

Effets : troubles respiratoires et bouche sèche.

SUFARLEM 50mg :

Action : augmenter la sécrétion de la bile et de la salive ;

Effets : diarrhée.

MINIRIN :

Action : régulation de l'eau dans le corps ;

Effets : nausées, douleurs abdominales, maux de tête.

LYRICA 150 mg :

Action : antiépileptique ;

Effets : vertiges, somnolence.

TANGANIL 500mg :

Action : anti vertigineux ;

Effets : éruptions cutanée, urticaire.

DUPHALAC :

Action : laxatif osmotique ;

Effets : sensation de ballonnement, diarrhée.

PARACETAMOL :

Action : antalgique ;

Effets : réaction allergique, chute de pression artérielle, baisse anormale des globules blancs et des plaquettes.

2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques

Vous trouverez ci-dessous les objectifs généraux déterminés par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre du projet personnalisé :

Objectifs art-thérapeutiques généraux :

- Développer le lien social ;
- Maintenir son autonomie.

A partir de ces données nous avons déterminés les objectifs intermédiaires.

Objectifs art-thérapeutiques intermédiaires :

- Découvrir des techniques artistiques ;
- Lutter contre l'ennui ;
- Eprouver du plaisir ;
- Reprendre confiance en soi et s'affirmer ;
- Favoriser l'expression verbale et non verbale.

Madame D. a demandé à venir aux séances art-thérapie le matin et l'après-midi ; elle a envie d'avancer dans la réalisation de sa production car elle sent que ça lui fait du bien. J'accueille favorablement sa demande mais il nous faut l'accord de l'équipe qui accepte et modifie le planning dans ce sens.

Un échange a lieu avec l'AMP afin de pouvoir harmoniser nos pratiques et donner du sens à nos actes complémentaires.

Nous définissons ensemble de nouveaux objectifs art-thérapeutiques.

Les objectifs intermédiaires :

Utiliser les deux mains en séance d'art-thérapie

Stimuler la communication verbale et encourager l'articulation des mots pour faciliter l'échange avec le groupe.

2.2.2.3 Séances art-thérapeutiques

Séances	S1	S2	S3	S4	S5
Techniques Artistiques Et Autres techniques	origami	Encre aquarelle	Encre aquarelle	Dessin A la manière de Niki De Saint Phalle ⁷ Collage	Odorothérapie
Méthode	Exercice Semi-dirigée	Jeu Ouverte	Situation Ouverte	Situation Ouverte	Jeu ouverte
Temps	1h	1h	1h	1h	45mn
Séances	S6	S7	S8	S9	S10
Techniques Artistiques Et Autres Techniques	Niki De Saint Phalle Collage	Technique mixte	Peinture	collage	Land Art indoor* Modelage
Méthode	Jeu Ouverte	Jeu Ouverte	Situation ouverte	Situation ouverte	Jeu libre
Temps	1h	1h15	45mn	1H	1H
Dates des séances		Déroulement et contenu des séances de Mme D.			
S1 J 30.03.17	Groupe 3 pers.	Objectif de séance : découvrir un art japonais, l'origami <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général, présentation de l'art-thérapeute, de la pratique et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition d'un thème</u> : le printemps suite à la première promenade de la saison – intérêt des usagers pour les fleurs. A partir d'un kit prédécoupé de papiers variés (papier décoratif, papier coloré, papier de magazines), créer une fleur en suivant un processus. 2 modèles de fleurs au choix - couleurs : jaune, rouge, bleu, blanc et noir). <u>Fin de séance</u> : Réflexivité : point sur cette première expérience. Au regard de ses commentaires sur les belles couleurs des papiers et de sa tenue vestimentaire très colorée, nous lui proposons de découvrir une artiste et de s'en inspirer lors de la prochaine séance. Accompagnement jusqu'à la salle à manger.			
S2 J 06.04.17 Matin	Individuelle	Objectif : découverte de l'encre aquarelle pour jouer avec la couleur <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : explications sur la composition de l'encre et sur la nécessité de se protéger avec un tablier pour ne pas se tâcher. L'exercice consiste à jouer avec la couleur sur du papier canson humidifiée. Prévention sur l'incapacité de maîtriser le résultat. Ensuite, vous me direz si vous voyez des formes apparaître. « <i>C'est peut-être ce que vous faisiez enfant en regardant les nuages dans le ciel</i> ».			
S3	Groupe	Objectif de la séance : poursuivre l'activité encre aquarelle			

⁷ Niki de Saint Phalle, « la vie en couleur », édition Palette, 2014

J 06.04.17	3	<u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : Nous reprenons les supports où Mme D. a déposé de l'encre et nous regardons les formes réalisées et nous lui demandons de réfléchir à ce qu'elle pourrait en faire : les présenter sur un support, les découper et les coller... <u>Fin de séance</u> : réflexivité. Nous accompagnons Mme D. dans la salle à manger.
S4 J 13.04.17 matin	Individuelle	Objectif 2 : découverte d'un artiste peintre : Niki de Saint Phalle « la vie en couleur » et dessin <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : découverte de l'histoire de vie et des œuvres de Niki de Saint Phalle. Mme D. aime les couleurs. Choix d'une sculpture et dessin : reproduction sur papier. Recyclage des chutes de papier issues des fleurs en origami ; nous avons mis à sa disposition des morceaux de papier avec des formes géométriques différentes. Inspiration de la technique de la mosaïque. Mme D. pratique cette technique à l'ADJ. <u>Fin de séance</u> : Réflexivité. « <i>C'est fatigant</i> ». Nous accompagnons Mme D. vers la salle à manger.
S5 J 13.04.17	Groupe 3	Objectif de séance : découverte de l'odorothérapie et l'écoute musicale <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : séance réalisée avec les volets semi-fermés pour être dans la pénombre, nous demandons aux usagers de bien s'installer dans leur fauteuil et de prendre conscience des points d'appui du corps, de la respiration abdominale. Nous proposons de choisir une odeur parmi le thym, la menthe, le citron, l'orange et la cannelle. Elle sélectionne le citron. Nous invitons les usagers à fermer les yeux et à sentir l'odeur, à ne pas s'arrêter sur les images ou les pensées qui s'imposent à elles mais à les laisser passer, circuler, couler pendant 10 mn. Le temps écoulé, nous accompagnons les personnes en les situant dans le temps et dans l'espace, à prendre conscience de leur état. Nous les invitons à un temps d'échange sur l'expérience vécue. <u>Fin de séance</u> : réflexivité. Information sur notre départ en formation la semaine suivante : pas de séance d'art-thérapie. Accompagnement de Mme D. dans la salle à manger.
Formation universitaire : pas de séance en art-thérapie		
S6 J 27.04.17 Matin	Groupe 3	Objectif : Mosaïque de papier à la manière de Niki de Saint Phalle (suite) <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : réaliser la mosaïque en autonomie. <u>Fin de séance</u> : Nous faisons un exercice de relaxation des doigts à partir de pâte à modeler. Nous proposons à Mme D de les réaliser à domicile. Proposition d'une séance surprise en groupe pour le jeudi suivant. Mme D accepte. Accompagnement dans la salle à manger.
S7 J 27.04.17 Matin	Individuelle	Objectif : terminer sa production et la présenter sur un support de son choix <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : mettre en valeur sa production sur un support (papier canson, carton, bois, toile). Peinture au pinceau, au rouleau, à l'éponge, aux doigts.

		Présentation de toutes les couleurs. Mme D. choisit une toile qu'elle décide de peindre avec de la gouache en vert uni à l'aide d'un pinceau. Nous essayons mais elle n'a pas la force suffisante pour couper. Nous le réalisons pour elle. Puis par la suite elle poursuit son travail en toute autonomie. Elle choisit aussi de mettre en valeur la forme obtenue à partir de l'encre aquarelle noire. Elle y voit un taureau...puis une bottine. Elle nous regarde droit dans les yeux ...une bottine, une chaussure comme sur mon autre production. Elle va la présenter sur une autre toile de même format. <u>Fin de séance</u> : Réflexivité Nous accompagnons Mme D.
S8 J027.04.17	Groupe	Objectif de séance : affirmer ses goûts en créant une pièce unique <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : jouer avec les formes et les couleurs de vos créations réalisées depuis le début des séances pour créer un tableau unique sur le support de votre choix (carton A3, canson A3, carton A4, canson A4) en toute autonomie. Divers éléments complémentaires sont mis à disposition <u>Fin de séance</u> : Mme D. demande si elle pourra emporter sa production à son domicile pour l'exposer. Nous lui proposons de la coller sur un support comme nous l'avons fait pour Mme J. Nous lui faisons prendre conscience que l'objectif art-thérapeutique est atteint. Nous commençons à préparer Mme D. à la séparation.
S9 J 04.05.17 Matin	individuel	Objectif : préparation du « kit créatif » <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique <u>Proposition</u> : mise à disposition d'une boîte en carton, de papier népalais de son choix : décoration libre. Nous reprenons ensemble le processus de création des fleurs en origami étape par étape.
S10 J 04.05.17		Objectif : création éphémère à partir d'éléments naturels pour matérialiser la fin de l'accompagnement <u>Accueil</u> : évaluation de l'état général et rappel du cadre art-thérapeutique. <u>Proposition</u> : création libre à partir de bois flotté, verre poli, sable, galets, pomme de pin. Fond musical : le bruit des vagues. De la terre rouge et blanche était à disposition pour les personnes qui souhaitent la découvrir, la toucher et l'utiliser le cas échéant. <u>Fin de séance</u> : Rappel sur la continuité de son travail avec l'AMP (kit créatif). Nous invitons Mme D. à fêter notre départ autour d'un verre et d'un gâteau pour le goûter. Nous rejoignons ensemble le groupe installé dans la salle à manger.

3.1 Madame J.

3.1.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés

- Echelle scientifique : grille AGGIR : Mme J. a une classification en GIR4* qui réunit deux catégories de personnes âgées :

- Celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage mais s'alimentent le plus souvent seules ;
- Celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles et les repas.

- Echelle analogique EVA* adaptée : mesure de l'état général de manière ludique.

- Echelle non validée : questionnaire « alliance thérapeutique » adapté

• Des items personnalisés : chaque séance a été prise en compte afin de quantifier, ou de qualifier les items en termes de capacités relationnelles, comportementales, psychiques et artistiques pour chacun des patients, afin de mieux répondre aux objectifs thérapeutiques généraux et intermédiaires. Nous avons aussi trouvé intéressant d'évaluer l'accueil et la dynamique de séance.

• Des grilles d'observation des séances art-thérapeutiques : chaque séance a été décrite par l'art-thérapeute.

3.1.2 Items scientifiques personnalisés

Items	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Capacités relationnelles : figure 1										
Prise de la parole	1	2	3	3	2	4	3	2	2	4
Echanges avec le groupe	1	1	1	2	2	3	2	2	1	3
Affirmation des choix	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4
Autonomie	1	1	2	3	4	4	3	4	4	4
Capacités comportementales : figure 2										
Capacité à se relâcher	1	1	2	2	3	4	4	4	4	4
Capacités psychiques : figure 3										
Concentration	1	2	2	3	4	4	3	4	3	4
Plaisir éprouvé	1	2	2	3	3	4	3	4	2	4
Confiance en soi	1	2	2	4	3	4	2	4	2	4
Acceptation de soi	4	3	2	3	4	4	3	4	4	4
Satisfaction personnelle	1	3	2	4	3	4	3	4	3	3
Capacités artistiques : figure 4										
Implication	2	3	3	4	3	4	2	4	2	4
Devenir de la production	3	4	3	3	4	-	4	4	3	-

3.1.3 Grilles d'observation des séances

Observations quantitatives : étude de cas Mme J.

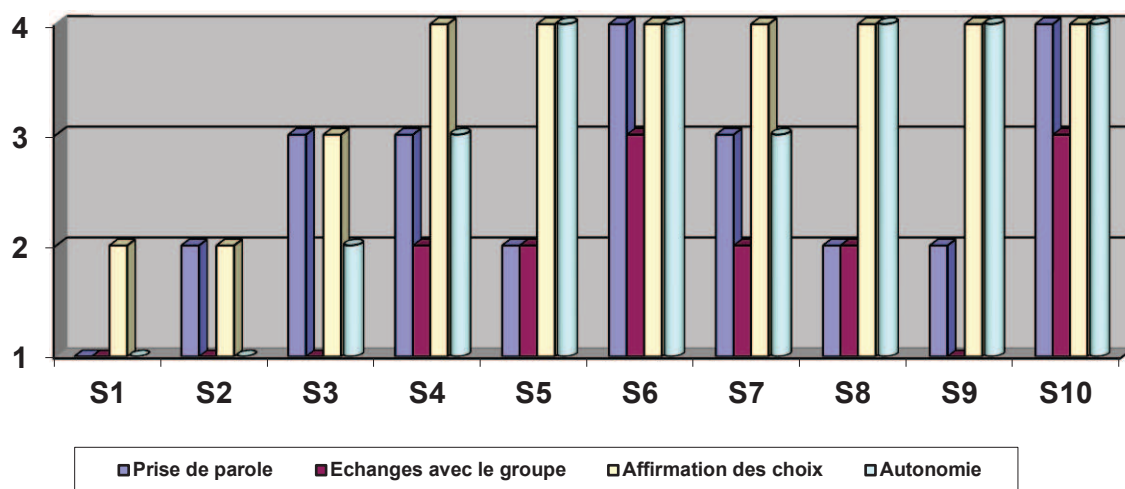


Figure 1 : capacités relationnelles

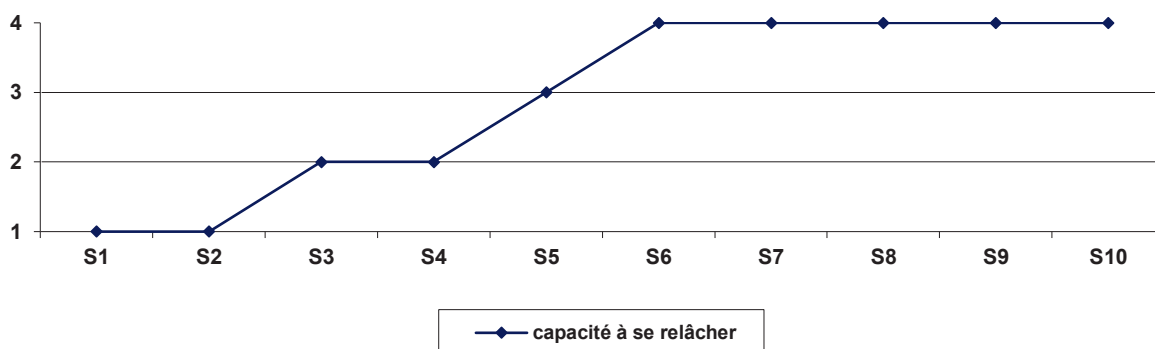


Figure 2 : capacités comportementales

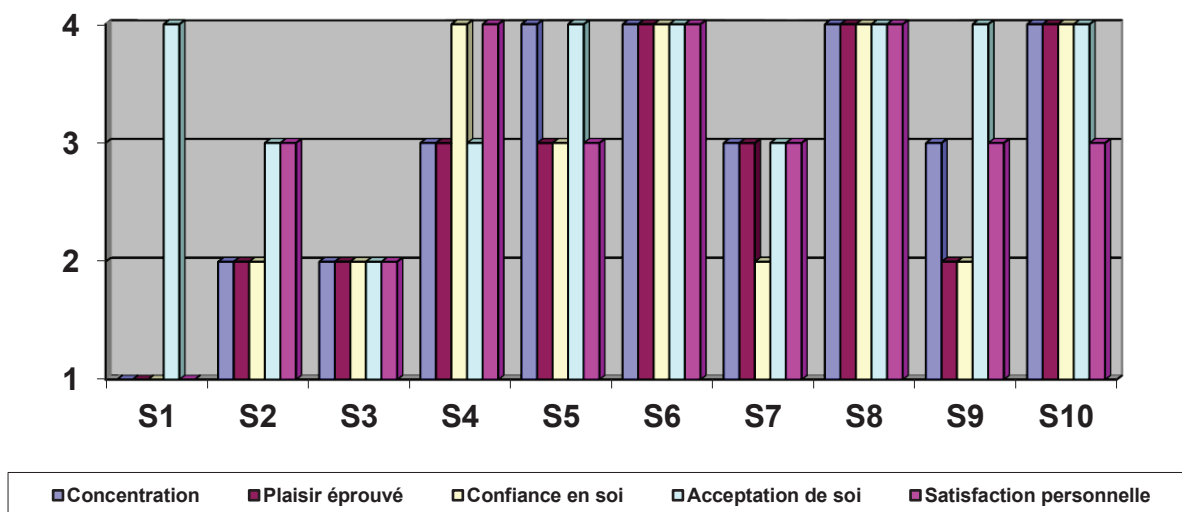


Figure 3 : capacités psychiques

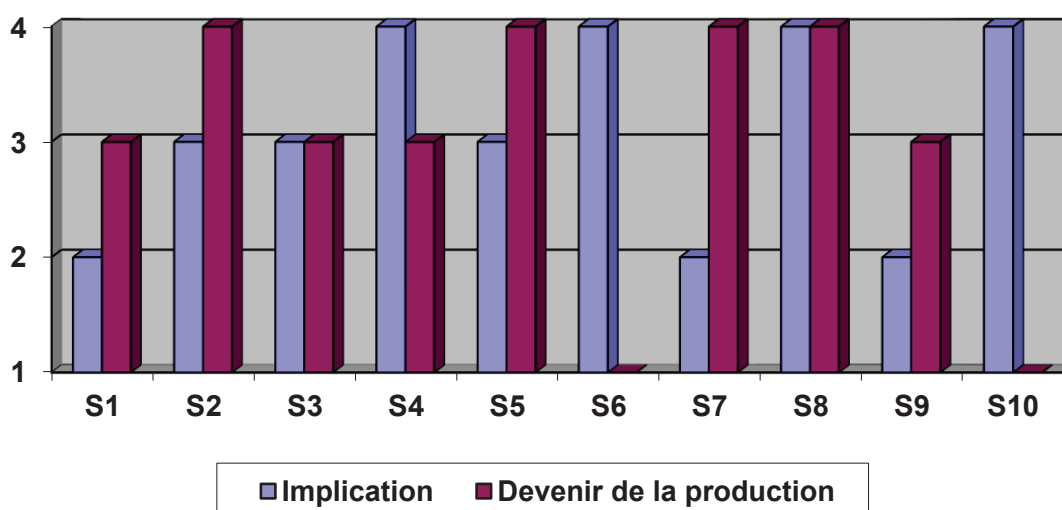


Figure 4 : capacités artistiques

Observations qualitatives : étude de cas Mme J.

Séances	Observation qualitatives : étude de cas Mme J.
1	Mme J. ne verbalise pas, elle est très réservée. Elle ne récupère pas sa production. Information sur l'activité de la prochaine séance du jeudi.
Analyse de la séance	Evaluation rapide de la compréhension et du respect de la consigne, identification d'aptitudes, de freins éventuels et de comportements. Evaluation de l'intérêt de la personne pour l'activité. Posture « scolaire » : respect du sens de l'écriture, pas d'initiative, répétition de mots.
2	Mme J. est présente, réservée, elle participe. Elle dit « <i>c'est beau</i> ».
Analyse de la séance	Mme J. a une posture d'exécutante, toujours pas de prise d'initiative. Elle est appliquée. Elle a besoin d'aide ponctuelle. Nous allons valoriser ses actes pour la rassurer, la mettre en confiance progressivement pour aller vers plus autonomie.
3	Mme J. est seule avec moi et elle me semble plus naturelle, moins dans la retenue et la maîtrise..
Analyse de la séance	La communication verbale augmente, la relation s'intensifie. Elle est présente tout au long de la séance et concentrée, impliquée.
4	Elle demandait de l'aide si besoin. Mme J. a décidé de redécouper les bords des pétales, de coudre plutôt que de coller et elle a pris l'initiative spontanément de réaliser une seconde fleur avec le reste de laine feutrée. Elle était différente du modèle, plus arrondie au niveau des pétales avec 2 épaisseurs au lieu de 3. Mme J. est fière d'elle et le verbalise, ses yeux sont pétillants et le sourire est rayonnant. Il y a plus de mouvements du corps au cours de la séance. Verbalisation du plaisir, des sensations et des émotions. La production est montrée aux autres usagers et au personnel avant d'être soigneusement rangée dans son sac et emportée à domicile pour montrer à sa fille ce qu'elle est capable de faire. « <i>Ils ne vont pas me croire</i> ». Nous lui rappelons que nous notons dans le cahier de liaison les séances d'art-thérapie.

Analyse de la séance	La relation et l'alliance thérapeutique nous semblent créées. • Passation de l'évaluation « alliance thérapeutique » (annexe 4) : nous remettons le questionnaire à Mme J. en lui expliquant la nécessité de réaliser cette évaluation dans le cadre de notre stage, ce qu'elle entend et accepte. La complétude est faite à domicile car l'une des personnes du groupe est illettrée, par conséquent elle n'est pas concernée. Nous nous organisons pour que l'échange du document et la consigne se fassent hors de sa présence. Elle nous remettra le document lors de sa prochaine visite, hors séance. Nous la remercions pour sa collaboration. Développement de la confiance en soi et de l'affirmation de soi. Augmentation de l'expression non verbale : les yeux pétillent.
5	Mme J. a bien intégré la consigne et elle a manipulé aisément les pipettes à encre, avec minutie, le geste et le dosage étaient adaptés. Mme J. a apprécié cette séance. « ah, <i>c'est beau toutes ces couleurs</i> », « ah, <i>c'était bien</i> », « <i>avec vous on apprend plein de chose</i> ».
Analyse de la séance	Présence et concentration tout au long de la séance. Progression de la communication verbale et non verbale. Point positif au sein du groupe : cet exercice permet la cohésion de groupe par les échanges car chacun montre à l'autre ce qu'il a produit de « magique » et s'exprime spontanément.
6	« <i>C'est bien aussi de ne rien faire, de ne penser à rien, c'est reposant</i> », « <i>être ensemble et se parler, ça fait du bien</i> ». Mme J. évoque sa perte d'autonomie : plus de permis de conduire, plus de sorties et plus de contact. Elle dit « <i>les rôles sont inversés avec mes enfants, ils décident pour moi et pourtant je me sens capable de conduire</i> » : son visage est triste, c'est douloureux. « <i>Vous savez ce n'est pas drôle d'être vieux</i> ».
Analyse de la séance	Attitude participative (ouverture des yeux 2 fois très brièvement) ; Calme et bien-être verbalisé. De plus en plus d'échanges au sein du groupe. Partager une expérience originale aide à tisser des liens plus personnalisés, nous semble-t-il. Expression spontanée.
Formation universitaire : pas de séance d'art-thérapie	
7	Elle choisit un oiseau car elle apprécie leur chant. Mme J. préfère la reproduction, la <i>mimésie</i> et elle demande une gomme régulièrement pour recommencer, modifier les traces, jusqu'à trouver une satisfaction.
Analyse de la séance	Mme J est très concentrée, elle se tient la tête, elle est de plus en plus autonome au cours de la séance. Elle peut aisément demander de l'aide ou du matériel si besoin et le faire circuler au sein du groupe ce qui génère des interactions. Elle sait évaluer quand sa production est terminée. Nous sommes de plus en plus en retrait au cours des séances, nos interventions s'espace car nous sommes moins sollicités. Elle s'autorise à oser plus de « fantaisie ».
8	Mme J. nous fait préciser la consigne puis elle se met en action après un court temps de réflexion. Elle présente tout d'abord les éléments, les déplacent et les collent. Elle demande mon intervention pour l'utilisation du pistolet à colle, action destinée à fixer les boutons. Elle se surprend elle-même en voyant le résultat. Mme J. demande si elle pourra emporter sa production à son domicile mais elle voudrait que nous trouvions un support rigide pour coller sa feuille de canson A3. Elle souhaite l'exposer chez elle à la vue de tous les visiteurs. Nous procéderons à cette étape ensemble au cours de la séance suivante. Mme J est très fière, elle montre aux autres usagers du groupe sa pièce unique et recherche leur approbation en disant « <i>c'est beau, vous ne trouvez pas ?</i> » Impliquée, nous cherchons à la valoriser car elle n'avait pas de consignes, elle a fait des choix, elle a exprimé ses goûts, elle a trouvé des solutions à ses difficultés

	et elle a éprouvé du plaisir au cours de cette séance. Nous commençons à préparer Mme J. à la séparation car il ne reste que deux séances.
Analyse de la séance	Sourire radieux, les yeux toujours plus pétillants au fil des séances, de plus en plus motivée, impliquée et autonome. <u>Répercussion hors atelier</u> : Mme J. tous les soirs au moment du départ vient saluer Mme D. qui fait partie du groupe du jeudi. Mme J. se place systématiquement à ses côtés sur le temps des repas et des goûters. Si la place n'est pas disponible, elle va dire à la personne concernée « <i>vous avez pris ma place</i> » et elle va insister sans avoir toujours gain de cause. Alors nous intervenons, en appuyant sa demande.
9	Mme J. est plutôt calme tout au long de la séance, elle prépare sa boîte mais sans beaucoup d'intérêt à priori. Peut-être faudrait-il rattacher ce projet à domicile à un projet de groupe au sein de l'ADJ pour qu'elle trouve un sens.
Analyse de la séance	Créer un relais avec l'AMP et se projeter à domicile dans une activité créative. Mme J. nous semble perplexe sur l'utilisation du kit créatif à son domicile. L'action doit être relayée rapidement par l'AMP et régulièrement. Lien avec la famille, préconisé. Il sera indispensable de renouveler les idées, les matières : nous ferons un point de situation bénévolement en septembre prochain dans cette perspective.
10	Mme J. a pris de la terre dans ses mains, elle a créé à partir de la terre rouge deux sujets identiques posées l'une à côté de l'autre. Puis elle a créé un personnage couché « <i>c'est un vieux, parce qu'il est ridé</i> » et elle nous a sollicité pour l'aider à le faire tenir debout. Nous lui avons montré comment utiliser la barbotine et un outil permettant de maintenir ensemble le corps et la tête. Mme J. est parvenue à le faire tenir debout ; surprise, elle s'est exclamée « <i>regardez, il s'est relevé !</i> » Mme J. n'avait pas envie de malaxer la terre des deux créations pour la remettre dans son état initial. • Evaluation de son ressenti sur le parcours d'accompagnement : « <i>Les séances d'art-thérapie vont me manquer.</i> » Nous remercions individuellement Mme J. d'avoir accepté que sa situation soit présentée dans notre mémoire. Elle semble fière ; elle a le sourire. Nous lui précisons que nous avons passé d'agréables moments ensemble. Lors du départ pour son domicile, elle nous a remerciés et elle ne nous quittait pas des yeux.
Analyse de la séance	Cette étape n'a peut-être pas été très plaisante bien que ce soit expliqué en amont car il fallait « détruire sa création ». Nous nous sommes questionné sur les bienfaits de ce choix de dernière séance.

3.1.4 Bilan communiqué à l'équipe pluridisciplinaire

Madame J. a évoqué spontanément à la 5ème séance que l'on se connaissait mieux ; elle s'est ouverte aux autres personnes : la communication verbale s'est développée, les regards sont directs, elle nous semble plus naturelle dans ses attitudes, moins réservée. Elle a progressivement évolué de l'apprentissage de techniques vers la création artistique grâce à notre accompagnement. Elle a fait des choix, elle a apporté des modifications sur ses productions systématiquement jusqu'à trouver un équilibre esthétique qui lui procurait une satisfaction exprimée de plus en plus verbalement et par ses mimiques (les yeux grands ouverts, un grand sourire, un visage rayonnant) ; elle se surprenait elle-même. Mme D. était de plus en plus concentrée et se prenait la tête entre les mains pour réfléchir.

De plus, nous avons constaté au fur et à mesure des séances qu'en nous mettant en retrait, sans la regarder œuvrer, elle s'impliquait rapidement dans l'activité et produisait, plus spontanément. La salle était trop petite pour s'éloigner suffisamment.

Elle aimerait s'occuper chez elle. Il faudrait l'accompagner dans cette dynamique, à domicile, être là pour la stimuler régulièrement dans les premiers temps puis adapter la fréquence des séances. Créer individuellement à domicile avec en point de mire un projet collectif à l'accueil de jour pourrait donner du sens à la démarche, la motiver, tout en utilisant une méthode ouverte ou libre pour faire émerger son imagination.

Nous avons créé une boîte « kit de création - fleurs en papier », pour lutter contre l'ennui à la maison au quotidien. Un accompagnement aidé-aidant peut, être instauré pour faire renaître une relation de confiance, un lien plus affectif avec ses enfants, pour faire évoluer le regard qu'ils portent sur leur mère qui se sent dévalorisée. Elle dit « *en vieillissant les rôles s'inversent* ». Madame J retrouve du plaisir à partager des moments de convivialité en étant tous ensemble autour de la table. Cette dame a de nombreuses capacités et un manque à combler depuis qu'elle ne peut plus conduire du fait de ses troubles cognitifs. Elle ne peut plus aller au marché, discuter et sa vie sociale est affectée.

Retour positif de l'équipe : Madame J. s'affirme dans le choix des activités quotidiennes ce que l'une des AMP apprécie et encourage ; elle a clairement verbalisé son constat.

Notre observation hors séances : Madame J. prend place à chaque repas à côté de Madame D pour l'aider si besoin. Au moment du départ de l'ADJ, systématiquement elle vient l'embrasser pour lui dire au revoir. Elle vient nous saluer et elle nous regarde dans les yeux, son visage est rayonnant : « *Merci, c'était bien, vraiment bien !* »

3.1.5 Auto-évaluation de Mme J.

Auto-évaluation de la séance 1 à séance 10 :

« C'est joli, c'est beau, ça me plaît, je suis contente, vraiment contente, ah oui ! Oh, ça sent bon, je vais l'emporter chez moi et le montrer à ma fille mais elle ne va pas croire que c'est moi qui l'ai fait, je vais le faire voir aux autres en sortant, je le mets tout de suite dans mon sac pour ne pas l'abîmer, à la maison je peux réfléchir maintenant pour trouver des solutions quand j'ai une difficulté, c'est bien d'être entre nous on peut discuter ».

3.2 Madame D.

3.2.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés

- Grille AGGIR, Mme D est classée GIR2 qui correspond à deux catégories de personnes âgées :

- Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état nécessite une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.

- Echelle analogique EVA adaptée : mesure de l'état général de manière ludique.

- Questionnaire d'évaluation de l'alliance art-thérapeutique adapté.

- Des items personnalisés : chaque séance a été prise en compte afin de quantifier, ou de qualifier les items en termes de capacités relationnelles, comportementales, psychiques, artistiques. Nous avons trouvé intéressant d'évaluer l'accueil et la dynamique de séance afin de mieux répondre aux objectifs thérapeutiques généraux et intermédiaires.

- Des grilles d'observation des séances art-thérapeutiques : chaque séance a été décrite par l'art-thérapeute.

3.2.2 Items scientifiques personnalisés

Items	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Capacités relationnelles : figure 1										
Prise de la parole	1	1	2	3	3	4	3	2	3	4
Echanges avec le groupe	1	1	2	2	3	3	3	4	2	4
Autonomie	2	3	3	1	-	3	4	4	4	4
Capacités comportementales : figure 2										
Respiration bruyante	4	4	4	4	2	1	1	1	1	1
Fatigue	2	3	3	3	4	1	2	4	4	4
Rythme de travail	2	2	3	4	-	1	1	4	3	4
Dextérité	1	1	1	2	-	2	2	3	3	3
Capacités psychiques :figure3										
Plaisir éprouvé	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4
Confiance en soi	2	2	3	1	3	3	4	4	4	4
Satisfaction personnelle	4	2	2	4	4	4	4	4	3	3
Capacités artistiques : figure 4										
Implication	3	3	3	1	4	3	4	4	4	4
Devenir de la production	3	4	3	3	4	-	4	4	3	-

3.2.3 Grilles d'observation des séances

Observations quantitatives : étude de cas Mme D.

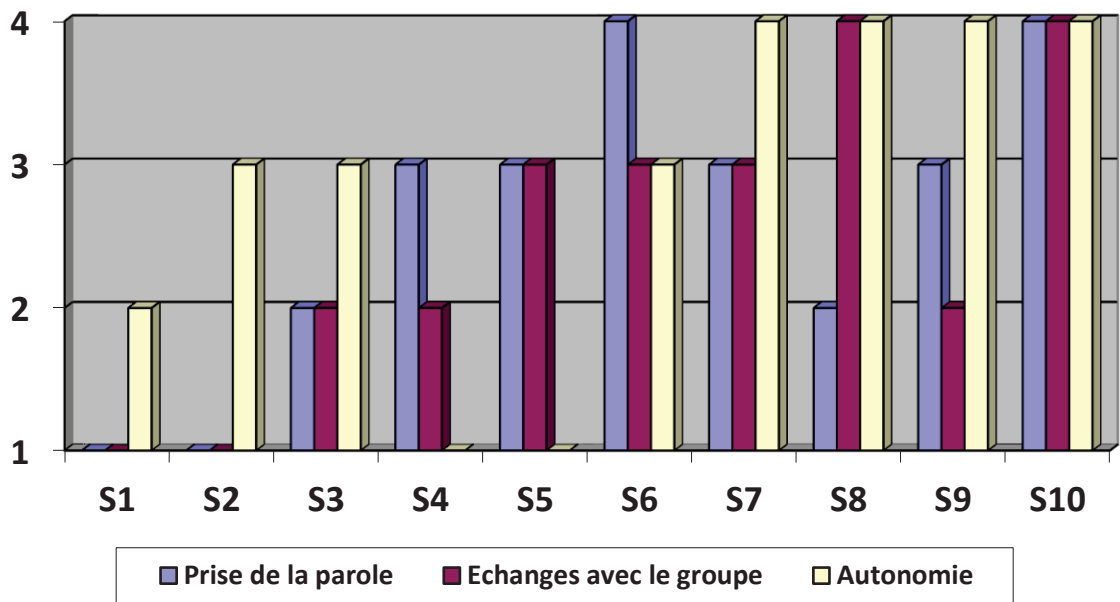


Figure 5 : capacités relationnelles

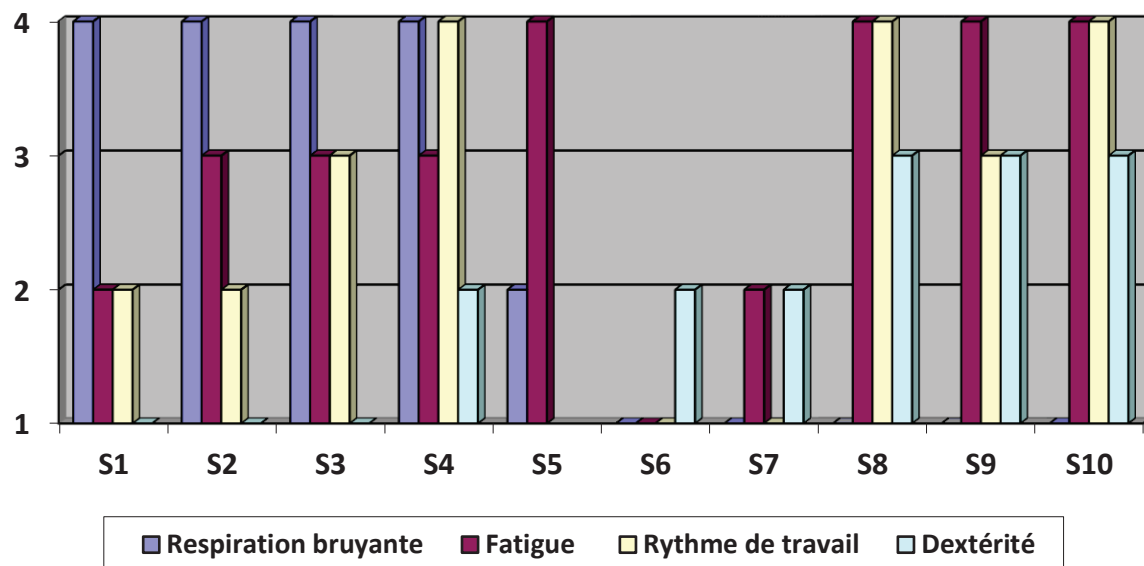


Figure 6 : capacités comportementales

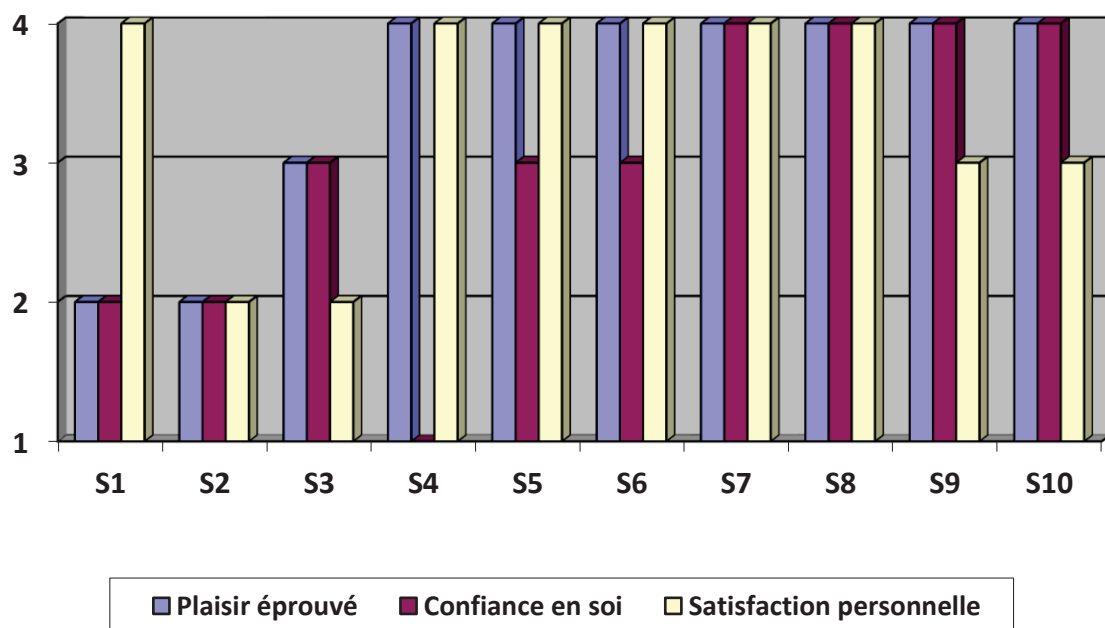


Figure 7 : capacités psychiques

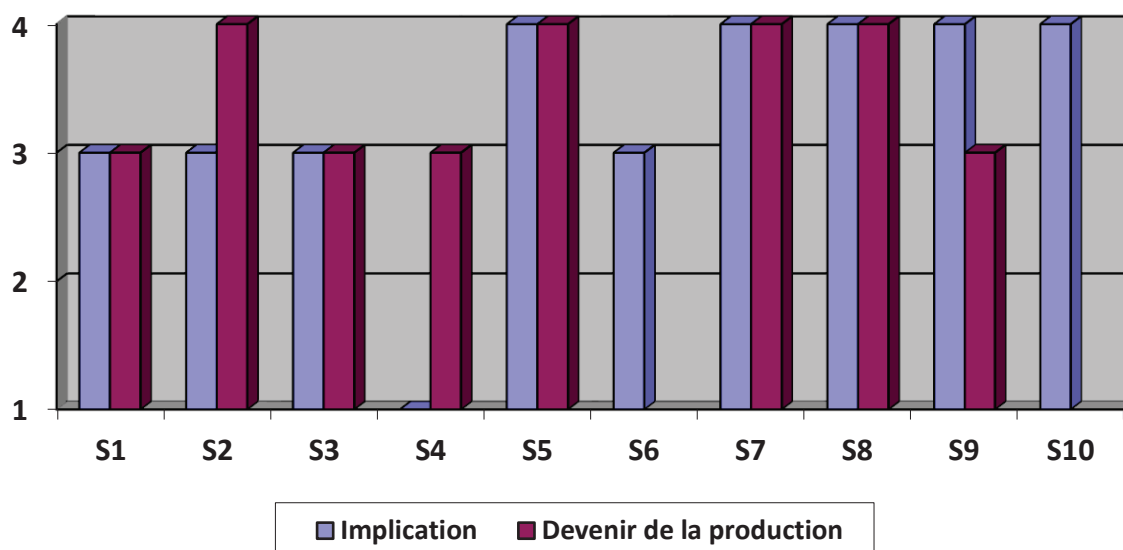


Figure 8 : capacités artistiques

Observations qualitatives : étude de cas Mme D.

Séances	Observation qualitatives : étude de cas de Mme D.
1	Bonne compréhension des consignes et implication rapide dans l'activité, Mme D est active et elle exécute les gestes avec assurance. Mme D demande de l'aide si besoin. Elle ne parle pas ; elle a des difficultés de prononciation.
Analyse de séance	Attention à l'impact des termes employés qui peuvent déclencher des réactions.
2	Mme D a souhaité tester le rouge, le bleu, le jaune, le noir. Elle a bien intégré la consigne mais il est difficile de manipuler la pipette. Elle a ajouté de sel pour voir d'autres réactions. Elle a libéré beaucoup de noir. Réalisation sur du format A5*.
Analyse de séance	Mme D. apprécie déjà les séances d'art-thérapie <u>Transmission à l'équipe</u> : Mme D demande à venir le matin et l'après-midi : échange avec l'AMP « référente » et accord du Chef de service pour changer le planning. Il nous semble que la relation s'est créée très rapidement. Notre ressenti : elle semble en confiance de suite. La communication est rare et non verbale.
3	Mme D. voit « <i>un taureau noir</i> ». « <i>Avez-vous un intérêt particulier pour cet animal ?</i> ». Mme D. répond négativement en souriant et soudain elle nous regarde avec un léger sourire, un regard malicieux « <i>un escarpin noir !</i> ». Elle souhaite le coller sur une toile très simplement, sur la toile blanche format A5 directement. La production avec l'encre rouge et jaune est conservée.
Analyse de séance	Mme D. nous a demandé un coussin pour le confort de son dos ; elle est en fauteuil roulant. Systématiquement nous lui proposerons en début de séance.
4	« <i>Oh... c'est fatigant</i> ». Nous rappelons à Mme D. qu'elle peut travailler plus doucement, elle n'est pas limitée dans le temps. Nous insistons sur la notion de plaisir. Exercice de respiration abdominale pour marquer des temps de pause, se détendre, étirement des doigts, des mains.

Analyse de séance	Mme D. a conscience de la durée du parcours d'accompagnement. <i>Communication verbale</i> : elle dit « <i>je veux en profiter au maximum</i> » : Mme D. a apprécié de découvrir Niki de Saint Phalle ; choix affirmé de la sculpture à reproduire. Demande d'aide pour dessiner ; résolution de problème. Nous proposons de décalquer le contour ou de quadriller la feuille pour faciliter la reproduction. Nous l'accompagnons en tenant la feuille, format A5. A4 aurait été plus adapté. Nous constatons que nous n'entendons plus sa forte respiration remarquée lors des premières séances.
5	Mme D. s'exprime peu mais son visage est détendu avec un léger sourire. Il nous semblerait qu'elle n'a pas envie de parler : bien-être ressenti, calme et apaisement. Passation de l'évaluation : alliance thérapeutique : nous remettons le questionnaire à Mme D. en lui expliquant la nécessité de réaliser cette évaluation dans le cadre de notre stage, ce qu'elle entend et accepte. La complétude est faite à domicile car l'une des personnes du groupe est illettrée, par conséquent elle n'est pas concernée. Nous nous organisons pour que l'échange du document et la consigne se fassent hors de sa présence. Elle nous remettra le document lors de sa prochaine visite, hors séance. Nous la remercions pour sa collaboration.
Analyse de séance	<u>Transmission à l'équipe</u> : bienfaits des odeurs sur l'éveil des sens. Suite à cet échange l'AMP a proposé des ateliers massage à certains usagers pour les apaiser.
6	Mme D. est très concentrée et elle prend l'initiative de remplir des parties vides de son dessin à l'aide de feutres de différentes couleurs posées sur la table. Elle fait un trou dans la production avec le feutre et nous le signale « <i>j'ai fait une bêtise...</i> ». Nous la rassurons, il y a toujours une solution, nous y réfléchissons ensemble, nous évoquons plusieurs idées, elle a aussi des idées mais ça ne lui convient pas vraiment : le collage de chaussures sera la solution retenue. Nous mettons à disposition des magazines pour trouver des chaussures. Son choix s'arrête sur les magazines des années 60 dans lequel elle trouve des escarpins. Elle a passé un long moment à les feuilleter avec plaisir et nous avons échangé sur cette période. <u>Elle dit ne pas pouvoir tenir les ciseaux pour découper.</u>
Analyse de séance	Nous accompagnons Mme D. pour le découpage. Nous lui proposons différents modèles de ciseaux mais elle dit ne pas pouvoir bien positionner ses doigts et ne pas avoir de force pour les actionner. Utilisation de ses deux mains. Prise d'initiatives. Goûts affirmés. Nous lui proposons de faire des pauses, de respirer pour ne pas se fatiguer. <u>Transmission à l'équipe</u> : point de situation avec l'AMP « référente » de Mme D. : définition d'un nouvel objectif « <i>utiliser main droite et main gauche lors des séances en art-thérapie</i> » et « <i>bien articuler lors de la prise de parole</i> ». L'objectif est de relayer le travail réalisé avec l'orthophoniste. Validation par le Chef de service. Echange avec Mme D. qui accepte de s'engager dans cette démarche de « rééducation en douceur » pour plus d'autonomie. Echange sur le travail réalisé avec le kinésithérapeute. Mme D. nous dit « <i>personne ne s'occupe de mon bras droit, c'est uniquement la jambe</i> ». Nous lui demandons si elle en connaît les raisons. Elle a une expression non verbale qui montre qu'elle ne sait pas et elle lève son regard au ciel. Relaxation des doigts : nous remplaçons la pâte à modeler par une balle en mousse adaptée.
7	<u>Mme D. utilise sa main droite et va peindre toute la toile, ses gestes s'amplifient.</u> Nous lui faisons constater : <u>prise de conscience de cette partie de plusieurs parties du corps : main, poignet, bras, épaule.</u> Elle est très volontaire, pleine d'énergie qu'il faut canaliser, gérer pour ne pas trop se fatiguer et pour continuer à privilégier le plaisir. Elle est ouverte aux expériences, elle chemine vers la

	création ; elle a accepté de mixer deux techniques. Quand nos regards se croisent je ressens une complicité s'installer entre nous : maintien de l'alliance thérapeutique et de la co-construction. Elle sourit, amusée par la situation. Nous lui suggérons de pratiquer l'origami à domicile : elle est ravie. Nous l'accompagnerons pour qu'elle puisse créer son « kit créatif ». Transmission à l'équipe de son engagement.
Analyse de séance	Mme D. est fière de ses productions, elle les juge originales. Elle accepte de laisser sécher ses productions à la vue des autres personnes. Elle évoque la période où elle confectionnait des fleurs en papier, elle décorait les chars pour la fête du village, elle connaissait tout le monde.
8	Mme D. fait des essais, déplace les différents éléments et les collent. Elle demande mon intervention pour l'utilisation du pistolet à colle, action destinée à fixer ses bois flottés. <u>Elle coupe du fil de fer à l'aide d'une pince et elle coud un gros bouton afin de réaliser le cœur de sa fleur.</u> Elle est très satisfaite de sa production. Elle va lui donner un nom « <i>Les vacances</i> » et nous demande d'écrire à sa place. Nous l'accompagnons en lui tenant la main pour que ce soit son écriture. Elle évoque de beaux souvenirs.
Analyse de séance	Temps fort émotionnellement. Mme D. apprécie la mer. Nous tenterons de prolonger ce bon moment en proposant une dernière séance à partir d'éléments naturels collectés en bord de mer durant le week-end. Nous recherchons l'adhésion des autres participantes sur ce thème. Transmission à l'équipe de sa progression. Nous préparons la prise de relais avec l'AMP.
9	Mme D. choisit différents papiers de couleurs pas trop épais pour pouvoir les découper seule à domicile, elle dessine les cercles à partir d'un gabarit en carton. <u>Elle peut gommer si besoin.</u> Nous l'accompagnons pour maintenir la feuille et <u>découpe les cercles seule.</u>
Analyse de séance	Mme D. prend conscience qu'elle a des ressources exploitables et qu'elle progresse très rapidement. <u>Transmission à l'équipe</u> : rééducation juste amorcée. Echange sur l'intérêt d'un objectif commun porté par toute l'équipe pluridisciplinaire. Sensibiliser les partenaires à l'importance de leur implication dans la complémentarité des soins.
10	Mme D. a créé, à plat, à partir de la terre blanche, une fillette avec des cheveux en verre poli. Elle l'a manipulée et finalement détruite en souriant et en faisant « <i>non</i> » de la tête. Nous lui avons demandé d'évaluer son ressenti sur le parcours d'accompagnement. Nous remercions individuellement Mme D. d'avoir accepté que sa situation soit présentée dans notre mémoire. Elle nous dit que c'est avec plaisir qu'elle a accepté.
Analyse de séance	Ressenti personnel : sa création en terre a fait écho à une verbalisation de traumatisme évoqué à table quelques jours auparavant, en groupe : cette pensée s'est imposée à nous, nous l'accueillons sans interprétation. Mme D. avait un visage radieux et souriant, elle était détendue, ne semblait pas en souffrance. Lorsque nous mettons fin à la séance Mme D. nous dit au revoir et elle joint ses deux mains en croisant ses doigts et nous dit « <i>regardez</i> ». Elle nous montre le résultat de notre accompagnement. Nous la rassurons sur la prise de relais par l'AMP pour continuer de mobiliser cette partie de son corps. Elle nous dit « <i>oui elle va le faire</i> ». Elle a une grande confiance dans l'AMP « référente » qui s'implique avec régularité dans son accompagnement.

3.2.4 Bilan

Bilan art-thérapeutique (annexe 6): Madame D. a eu un élan incroyable dès la première séance tellement elle avait envie de produire pour « *se sentir utile* », comme elle dit.

Lors d'une séance en début de protocole, nous avons été surpris de constater qu'elle utilisait ses deux mains pour coller du papier, elle rapprochait les morceaux, déplaçait ses doigts ; nous avons pris une photo avec son accord pour immortaliser ce moment car il nous semblait « *rêver* ». Nous l'avons laissée faire. Elle avait une respiration forte au cours des séances comme si elle était essoufflée ; au fur et à mesure des séances, le bruit va s'atténuer et disparaître.

Lorsque nous avons déterminé de nouveaux objectifs avec l'AMP, nous avons découvert qu'elle avait énormément de ressources et qu'il fallait la stimuler, l'encourager, la valoriser. Il y avait, certes, des ressources mais aussi une énergie incroyable : elle ne pouvait plus s'arrêter pendant 1h30. Elle était très fière mais c'était fatigant (verbalisation et mimiques : elle tirait la langue). Nous l'avons aidée à trouver un rythme plus adapté en faisant des pauses. Nous lui avons proposé de respirer (comme avec l'orthophoniste nous a-t-elle dit, c'est important), pour se centrer sur ses ressentis (physiques, psychiques) et pour détendre ses doigts, sa main, en prendre soin. Nous avons pris de la pâte à modeler par la suite pour échauffer sa main en début de séance et en cours de séance, nous avons fait des étirements, des assouplissements. Nous lui avons proposé dans la semaine de malaxer avec sa main de la pâte à modeler à la maison au cours de la journée et de faire bouger ses doigts, en prendre conscience. Nous l'avons sensibilisée à prendre soin de cette partie de son corps qui nécessite une attention particulière. A la sortie de la séance, nous avons échangé avec la seconde AMP qui lui a offert une balle en mousse. Elle s'en sert régulièrement.

Un exercice de peinture a permis de prendre conscience des parties du corps qui étaient en mouvement : la main, le poignet, l'avant-bras, le coude et l'épaule. Madame D pensait bouger uniquement sa main et son poignet. Elle était épatée et d'autant plus motivée (elle m'a dit ah bon...mon épaule bouge). Nous l'avons invitée à se concentrer sur cette partie du corps, à la visualiser pour en prendre conscience. La relation de confiance s'est créée et une complicité est née rapidement entre nous. Un regard, un sourire, une mimique, un geste suffisait pour se comprendre. La communication non verbale est parfois plus significative que l'échange de mots.

Madame D. à ce jour, est en capacité de gommer, de découper, de coudre un bouton avec du fil de fer fin, d'enrouler du fil de fer autour d'un morceau de bois flotté, de coller, de peindre avec ses membres supérieurs droits.

Précisons que le cadre art-thérapeutique était favorable à cette évolution. Hors cadre, à table lors des repas par exemple, elle n'utilisait pas sa main droite. Lors des ateliers numériques à RURART non plus. Probablement, craignait-elle encore le regard des autres ?

Dernièrement, lors d'un atelier numérique « musique électronique », l'AMP l'a accompagnée, elle a choisi une place stratégique où les autres participants ne pouvaient pas la voir et elle lui a proposé d'utiliser sa main droite ce qu'elle a fait. Madame D. a encore besoin de prendre de l'assurance, de réaliser, d'intégrer qu'elle progresse.

Madame D. était à l'origine de la conception d'un kit créatif pour s'occuper à domicile. Elle a créé sa boîte qui, à ce jour, fait des aller et retour entre l'ADJ et son domicile. L'aidant doit vraiment être partie intégrante de la démarche d'accompagnement, même ponctuellement, peu de temps. La relation triangulaire sera plus constructive et valorisante pour le malade et permettra à l'aidant d'avoir un nouveau rôle, de porter un regard nouveau sur un pair.

La passation de relais s'est faite avec l'AMP référente pour maintenir cette dynamique.

En septembre prochain nous ferons un point de situation. L'AMP est en demande de conseils et de propositions adaptées. Nos connaissances et compétences en Art-thérapie l'ont aidées dans l'exercice de sa profession et pour faire évoluer sa posture professionnelle. Nos métiers sont complémentaires si les professionnels sont en capacité de mener une réflexion ; ceci permet l'ajustement des actions qui sont toujours dans l'intérêt des usagers.

Pour que ces éléments puissent prendre tout leur sens, le travail en équipe pluridisciplinaire s'impose et une collaboration avec le médecin traitant, le kinésithérapeute, les acteurs du réseau en contact avec Madame D serait un plus.

3.2.5 Auto-évaluation

Auto-évaluation : « *Qu'est-ce que ça me plait, je vais bien quand je suis là avec vous, vous toutes les filles, je me sens enfin utile, le temps passe trop vite ici, j'ai fait une bêtise...comment je fais ? ça va me manquer ces séances d'art-thérapie, je préfère les séances en groupe, vous êtes gentille et vous nous expliquez bien.* »

4.1 Apports et bénéfice de l'étude

4.1.1 Echelles scientifiques

La grille AGGIR, outil officiel de l'évaluation de la dépendance est le seul document identifié dans le dossier de l'usager. Il peut être un outil indicatif d'informations, de premier niveau pour l'art-thérapeute. L'Escale est un établissement médico-social dont la mission est de proposer un accompagnement humain plutôt que médical, les usagers viennent à l'ADJ pour garder du lien social et pour exercer des activités du quotidien afin de maintenir leur niveau d'autonomie. Cette grille est avant tout utilisée pour l'attribution de l'APA, c'est-à-dire à des fins économiques.

A partir de la troisième séance, nous nous sommes inspirés de l'échelle analogique EVA pour mesurer l'état général du jour de manière ludique et inciter l'usager, à faire un choix de symbole, à se positionner plus précisément.

Nous avons personnalisé le questionnaire d'évaluation de l'alliance thérapeutique du milieu médical en l'adaptant au contexte de l'art-thérapie. Les résultats ont conforté notre intuition.

4.1.2 Items scientifiques personnalisés

L'item personnalisé nous a permis d'apprécier des éléments spécifiques de la personne accompagnée. Il est à retenir que la complémentarité entre ces appréciations et l'auto évaluation de la personne est intéressante et indispensable.

4.1.3 Grilles d'observation des séances

La grille d'observation est un outil de suivi individualisé confidentiel réalisé à chaque séance et conservé par l'art-thérapeute. Cette observation permet de mieux cibler les objectifs thérapeutiques, d'affiner les items personnalisés et d'adapter régulièrement les objectifs et les moyens art-thérapeutiques mobilisés.

La méthode utilisée à chaque séance est spécifiée : exercice, jeu, situation. L'art-thérapeute précise la nature de sa proposition ou consigne : directive, semi-directive, ouverte, libre.

Nous avons fait un choix pédagogique en fonction du public âgé non initié aux arts plastiques en débutant par une méthode semi-directive avec des exercices, pour évoluer vers une méthode plus ludique, ouverte et libre.

La dernière partie de la grille d'observation peut être réservée à l'analyse de la séance afin de réajuster ses interventions au fur et à mesure des besoins évolutifs de la personne et de ses attentes.

Ce document constitue une « mémoire » de séance. C'est un support « *fil rouge* » incontournable tout au long de la prise en charge d'une personne.

4.2 Limites de l'étude

4.2.1 Nombre de séances

Les deux personnes retenues pour cette étude ont bénéficié de seulement dix séances d'art-thérapie à un rythme régulier, à raison d'une ou deux séances par jour.

Malgré cette courte période pour un public qui n'avait jamais pratiqué les arts plastiques et qui évolue à un rythme lié à l'âge, au handicap, qui n'a quasiment plus d'activité à domicile, les effets de l'art-thérapie sur le bien-être de ces personnes âgées étaient déjà perceptibles par l'équipe pluridisciplinaire.

4.2.2 Déroulement des séances

Nous n'avons pas réellement rencontré de limite au déroulement des séances excepté la superficie de la salle. Une salle plus grande nous aurait permis de nous mettre en retrait et d'observer plus aisément les comportements.

Le contexte général nous a permis de mettre en place un cadre art-thérapeutique adapté au public accompagné puisque nous avons un lieu dédié à l'art-thérapie, un lieu que nous nous sommes approprié ensemble. Nous n'avons peu été perturbés par des éléments extérieurs, quelques intrusions du personnel en cours de séance.

Les séances avec Madame J. et Madame D. se sont déroulées dans de bonnes conditions ; nous n'avons pas vécu d'ambiance émotionnelle de crise, de tensions conflictuelles. Nous avons vu émerger progressivement un climat de tranquillité, de curiosité, de surprise et d'émerveillement.

Nous pourrions ajouter régulièrement en starter de séance l'odorothérapie et / ou l'écoute musicale pour plonger progressivement les personnes dans un état propice à la concentration, au lâcher prise. Nous devons acquérir du matériel spécifique.

Il serait intéressant d'avoir une vision plus détaillée des différentes étapes du cœur de séance. Dans les premiers temps, il est assez difficile d'être présent aux côtés de chaque personne du groupe pour être à la fois en relation et observer. Nous nous questionnons sur la possibilité de filmer les séances et sur les repercussions comportementales des usagers informés de cette démarche.

Durant tout le déroulement de la séance, l'art-thérapeute doit être très concentré en particulier sur la communication non verbale, il doit être à l'affût du moindre mouvement souvent plus significatif que la parole énoncée car contrôlée. En groupe, il est difficile d'avoir un regard sur chaque usager, nous passons certainement à côté d'expressions non verbales, les plus révélatrices.

4.2.3 Grille d'évaluation et schéma utilisé

Dans le cadre de notre étude, nous avons pris connaissance d'outils d'évaluation validés par la communauté scientifique mais nous avons privilégié la construction de grilles personnalisées. Nous avons respecté la philosophie de l'établissement ; nous nous sommes adaptés aux pratiques professionnelles. De plus, nous n'avons pas trouvé très pertinent de les utiliser sur une aussi courte durée de stage. La présence d'un(e) psychologue au sein de l'établissement aurait peut-être facilité la passation de tests d'évaluation.

La grille AGGIR est le seul document d'évaluation consultable dans le dossier de l'utilisateur : une grille d'évaluation controversée. Depuis les années 1973, les médecins ont imposé leur définition de la dépendance, qu'ils ont malheureusement réduite à sa seule dimension d'incapacité. La récente loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie⁸, loin d'apporter quelque éclairage nouveau sur ce concept de dépendance, augmente la confusion en introduisant le terme « perte d'autonomie ».

« Contrairement à une idée reçue, il n'y a pas eu, en France, jusqu'à aujourd'hui de réflexion sur le concept de dépendance, dans le champ de la vieillesse. »

⁸ Loi n° 2001 – 647 du 20 juillet 2001

Le maintien à domicile n'est ni une mode, ni la volonté « déraisonnable » de professionnels. « *Le maintien à domicile des personnes handicapées et ce, quel que soit leur âge, correspond tout simplement à leur désir et au maintien de la cohésion sociale entre des individus qui, malgré leur différence, souhaitent pouvoir continuer à vivre au sein d'une collectivité appelée « société* »⁹.

Nous nous sommes intéressés à l'évaluation du BES* chez les personnes âgées. En France, mise à part quelques exceptions (Fillenbaum, 1986 ; Poitrenaud, Vallery-Masson & Barrere, 1987 ; Dickes, 1989) on constate un certain manque d'intérêt pour l'étude du BES. Les études sont plus nombreuses dans les pays anglo-saxons.

Au cours du stage, nous avons pris connaissance d'un article destiné aux chercheurs francophone proposant une évaluation psychométrique des versions abrégées de 3 échelles de BES pour personnes âgées, traduites de l'américain¹⁰ : le LSI-A*, le PGC-MS*, le MUNSH*.

Notre priorité a été d'établir une relation de confiance avec la personne et de permettre l'alliance thérapeutique afin de co-construire un parcours au fur et à mesure des séances pour atteindre nos objectifs généraux. Malgré tout, toute intervention mérite d'être évaluée. Nous avons évalué l'alliance thérapeutique en adaptant un questionnaire simple destiné aux médecins. Il faudrait répéter l'évaluation selon la durée de l'intervention. Par la suite, nous avons identifié une autre grille utilisée par les infirmier(e)s : l'échelle de Luborski¹¹ qui est accessible à tous.

A ce jour, la priorité du Chef de service et son équipe est de maintenir une communication verbale régulière avec l'usager et l'aidant par la disponibilité de l'ensemble du personnel, par son implication et par son engagement. L'évaluation du niveau de satisfaction des usagers et des aidants est informelle mais réelle. Toute l'équipe se soucie de répondre au mieux aux attentes en trouvant des solutions personnalisées. La taille humaine de la structure le permet. Cependant « l'Escale » est un établissement associatif récent qui va probablement être amené à intégrer une telle démarche dans le cadre d'une certification indispensable à l'obtention de fonds par les pouvoirs publics.

Nous tenons à préciser que les évaluations réalisées par des professionnels du secteur médical, tel le MMSE *(Mini Mental State Examination) ne sont pas communiquées au responsable de la structure, dans le cadre de l'information partagée ce qui pose question.

L'Escale est un établissement sans psychologue au sein de l'équipe pluridisciplinaire ce qui limite la passation de certains tests car une habilitation est parfois nécessaire.

Au regard de notre statut de stagiaire, nous avons fait le choix d'être prudent auprès d'un public fragilisé, accompagné sur une très courte durée en art-thérapie et nous nous sommes questionnés : quel est l'impact de la passation de tests en début de prise en charge sur l'entrée en relation de confiance et l'alliance thérapeutique ?

4.2.4 Autoévaluation

A la fin de chaque séance, le patient a pu, s'il le souhaitait, s'exprimer personnellement. Le cube harmonique de Richard FORESTIER a été considéré comme un principe auto-évaluatif, et non comme un modèle parfait de bilan art-thérapeutique. Il mérite une connaissance plus approfondie pour être utilisé à bon escient. Nous avons recensé à chaque séance les mots ou phrases spontanées, significatives des usagers.

⁹ Enmuyer, Bernard. « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! », *Gérontologie et société*, vol. 24 / 99, no. 4, 2001, pp. 219-232.

¹⁰ <https://www.researchgate.net/publication/3078664168>

¹¹ P.Hardy, D.Servant et P.cialdella (1999) Echelle d'évaluation de Luborski

Un bilan de fin de prise en charge individualisé a été transmis au Chef de service qui a partagé l'information avec une AMP à sa demande et pour l'ensemble des usagers accompagnés.

4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie

4.3.1 Cadre thérapeutique

Le cadre de l'art-thérapie tend à se stabiliser en France malgré des différences d'approches qui demeurent d'un pays à l'autre.

Selon Hervé Platel, 2011, certains principes sont à respecter pour réussir un atelier :

- **La permanence du cadre** : la personne enregistre le contexte dans lequel elle se sent bien, elle acquiert une familiarité avec le dispositif qui la sécurise ce qui entraîne une diminution de l'anxiété. Sa participation va augmenter de séance en séance et ses capacités intentionnelles vont augmenter progresser ;
- **La qualité du cadre est importante** : un cadre qui rappelle la vie à la maison est favorable car les personnes en difficulté sont plus sensibles que les sujets sains aux messages subliminaux de l'environnement. Ils reçoivent des messages sonores, visuels, tactiles. Les messages non verbaux vont être réinterprétés dans le présent ;
- **Le rituel** donne le sentiment d'une persistance ;
- **La constitution d'un groupe homogène**, précisément l'harmonie du groupe constitue un noyau stable qui permet d'être heureux lorsque l'on est ensemble ce qui va créer une interaction positive ;
- **Le plaisir comme objectif et comme outil** pour une bonne dynamique de groupe. Le plaisir d'être là soutient l'attention, compense l'altération de capacités exécutives et pallie l'absence de volonté ;
- **La valorisation du résultat** et le fait de trouver du plaisir renforce l'estime de soi.

L'art-thérapeute garde à l'esprit que l'objectif n'est pas de produire une chose élaborée et qu'il n'a pas à l'interpréter. Il est le garant d'une d'ambiance conviviale car la gaité génère le désir d'être là, de participer, d'échanger et de jouer avec les matières.

Selon Winnicott, « *C'est en jouant et seulement quand il joue que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif* », « *La créativité est intimement liée au jeu intermédiaire entre le dehors et le dedans* ». L'atelier du « jeu de peindre » de Arno Stern¹² en est une illustration.

L'art-thérapeute cherche à percevoir l'intention de la personne qui est parfois brève mais intense. Aussi, il garde à l'esprit que le dernier acte appartient à la personne accompagnée.

Par ailleurs, « L'Atelier »¹³ à Genève, s'est engagé dans une étude afin de développer une théorisation spécifique à la profession qui reprend certains éléments cités ci-dessus et les complète.

L'art-thérapie est une pratique complexe. « *L'art-thérapie est interdisciplinaire par définition. Non seulement elle œuvre à l'interface de deux domaines, celui de l'art et celui de la thérapie, compris dans un sens large de développement accompagné des êtres humains* ». « *La synergie interdisciplinaire complexe fait de l'art-thérapie bien davantage que l'addition de techniques artistiques et des théories psychologiques.* »

Les outils de cette recherche doivent être adaptés à l'immensité d'un terrain nouveau émergent. Dans un deuxième temps des recherches quantitatives pourront venir se greffer pour définir plus précisément les éléments-clés et les effets.

¹² Arno Stern, *l'Age d'or de l'expression*, Desclée de Brouwer, 2014

¹³ STITLMANN.J, GARDIOL.C, SAVIOZ.S, VOLCKAERT-MARGOT.D, *Le concept de cadre en art-thérapie*, Genève

L'objectif de l'intervention en art-thérapie est de permettre à la personne prise en soin de « *vivre un processus de changement au travers d'un voyage créateur* ». Un processus de changement doit être accompagné et facilité par un professionnel formé afin de l'orienter selon ses attentes, ses objectifs et ceux des autres partenaires de la situation, en fonction du contexte général. L'art-thérapeute s'appuie sur les potentialités de la personne et non sur ses mécanismes défaillants.

L'accompagnement de l'humain nécessite un contenant stable tout au long de la prise en soin lié au processus de transformation, ce qui est d'autant plus reconnu dans une démarche à visée thérapeutique. C'est ce que l'on nomme le cadre qui, bien utilisé, est garant de l'efficacité de l'art-thérapie.

*« La stabilité du cadre est essentielle dans le regard des praticiens qui ont participé à notre recherche, elle tient à la répétitivité, à l'accord commun des partenaires, au respect de la composition et de la définition des éléments stables. **Lorsque tout va bien le cadre n'est pas perçu.** »*

« Le champ de la psychanalyse s'est intéressé au cadre en tant qu'aménagement de la situation destinée à faciliter le processus psychanalytique. »

Les quatre éléments centraux sont :

- **L'abstinence** (interdiction de tout acte d'ordre sexuel ou violent),
- **La neutralité** (limitation des interventions du thérapeute),
- **La confidentialité** (garantie de la protection face au monde extérieur),
- **La pérennité** (protection du cadre dans la durée permettant une situation stable, sûre et durable).

Le cadre a été assimilé à une fonction de contenant-peau par E. Bick en 1968 puis par Anzieu en 1984.

« La fonction-enveloppe est une fonction de contenance, qui consiste à contenir et à transformer. La contenance est déjà une transformation, ou a un effet de transformation. Mais certains, comme René Kaës (1976a, 1979), préfèrent distinguer la fonction contenant (fonction de réceptacle et de maintien de ce qui est déposé) et la fonction conteneur (fonction de transformation) – Anzieu d'ailleurs reprendra cette distinction (1986a, 1990), mais curieusement à un certain moment il inversera les termes, désignant par contenant ce qui revient au conteneur et vice versa (Anzieu et al., 1993 ; Anzieu, 1994). »¹⁴

Le concept de cadre en art-thérapie est articulé à ce processus de transformation et il est composé de trois fonctions :

- **Réceptive** : elle consiste à accueillir les éléments à fonction indicative,
- **Indicative** : elle sert à délimiter un espace d'accompagnement à la fois différencié des fonctions, des activités, des rôles. Il définit les comportements autorisés et souhaités qui produisent et facilitent le processus de transformation et ceux non souhaités, destructeurs qui peuvent mettre à mal la relation thérapeutique et ses processus de transformation,
- **Réflexive** : les éléments déposés trouvent progressivement une signification. L'acte créatif et la réflexion verbale favorisent le processus de transformation.

Alors une ambiance de tranquillité, de curiosité, de surprise et d'émerveillement émergera.

Si la déposition d'éléments ne peut pas se faire ou que partiellement, le processus en sera rigidifié et produira une ambiance émotionnelle de crise, de tensions conflictuelles, voire de danger.

La responsabilité de proposition du cadre et son maintien appartient au professionnel. Le patient a la responsabilité du processus de transformation.

¹⁴ Ciccone, Albert. « Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, no. 2, 2001, pp. 81-102.

Lors de cette étude, les données recueillies sur le terrain ont été rassemblées dans plusieurs catégories de même niveau d'un point de vue clinique et cette organisation rejoint les majeures parties des propositions théoriques des autres auteurs, tout en débouchant sur **un outil conceptuel spécifique à l'art-thérapie**.

- Le contexte modélise l'atelier de l'extérieur en fonction de l'institution. **Le cadre sera propre à chaque milieu d'intervention**
- **les règles internes** à l'atelier en fonction des publics accueillis
- **les acteurs** c'est-à-dire les différents partenaires **ont des fonctions à définir**
- **les valeurs, les théories et la méthodologie** sont des composantes immatérielles du cadre attribué en général au praticien mais les systèmes théoriques doivent se rencontrer pour renforcer l'efficacité.
- la forme et le rythme de la praxis soit les grands moments d'un atelier qui sont **l'ouverture, l'aventure ou le cœur de l'atelier et la fermeture**.
- **la posture ou la manière dont va se positionner le professionnel dans la relation** et elle exprime son mode d'accompagnement des personnes et du processus. « La posture précède, accompagne et oriente l'action. Elle varie selon les moments de la praxis ».
- **les propositions de création ou les consignes** sont plus ou moins définies et elles ont pour objectif d'aider à entrer dans le processus créateur et à dépasser certaines retenues, craintes (proposition de matériaux, règles de jeu par exemple) ou bien elles sont absentes « espace-temps libre »
- **le temps clé de la réflexivité** qui est un moment de retour en pensée et en paroles sur le vécu créatif (après ou pendant) ; Elle est complémentaire à l'expressivité de l'action artistique ; « c'est l'alternance et la synergie entre expressivité et réflexivité qui est spécifique de l'art-thérapie »
- **les œuvres** « c'est-à-dire l'attention portée sur les objets ou événements créés dans la situation d'accompagnement humain ».

La définition du cadre est spécifique à cette discipline et peut être la structure de référence dans la construction d'un projet d'atelier et lors des évaluations. Une démarche qui permet au praticien d'être à la fois rationnel, rigoureux tout en étant sensible et adaptable.

Cet outil peut être le garant d'une cohérence et d'une plus grande efficacité dans l'accompagnement du projet de soin.

4.3.2 Relation thérapeutique

La relation thérapeutique est fondatrice de l'alliance thérapeutique par son dynamisme.

Elle est composée de plusieurs facettes : la relation de civilité pour accueillir le patient, la relation fonctionnelle orientée vers la satisfaction de ses besoins, la relation de confiance, la relation d'aide chaleureuse dans laquelle le patient trouve de l'empathie et l'énergie de se mettre en mouvement et d'agir.

Cette relation rend possible le lien privilégié où se manifestent l'intérêt et l'ouverture du professionnel soignant pour le patient et sa volonté de l'aider à évoluer vers un mieux-être. Ce lien va venir éveiller les capacités d'action du patient et sa volonté de participer à l'évolution de son devenir. En confiance, il va accepter la relation et l'engagement mutuel va se réaliser. La relation thérapeutique est indispensable, le patient doit se sentir compris, soutenu pour s'améliorer.

La relation thérapeutique est une question de respect de l'autre dans sa dignité humaine, son unicité, son potentiel, sa culture¹⁵. Sur le plan étymologique « respect » du latin « rescipere » signifie « voir

¹⁵ Cécile DELAMARRE *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Dunod, 2015

l'autre tel qu'il est ». Respecter autrui est une attitude plutôt positive qui consiste à prendre le temps de ne rien faire d'autre que de regarder et voir l'autre tel qu'il est. Avec ce que nous aurons pris le temps de voir, nous pourrions déterminer ensemble l'objectif général et les objectifs intermédiaires et rédiger un protocole de prise en charge, créer la fiche d'ouverture, créer des fiches d'observation permettant de réajuster l'accompagnement, échanger avec l'équipe pluridisciplinaire, déterminer des items personnalisés afin d'évaluer et rédiger un bilan.

C'est à partir de nos actions que nos actes seront bien traitants ou mal traitants passifs, non intentionnels.

Le regard est créateur de mouvement lors de la première rencontre. C'est un des moyens au service de l'art-thérapeute. Si la personne réagit, elle va alimenter immédiatement le lien. Par le renforcement de l'intelligence sensori-motrice, le sujet nous voit comme nous sommes et c'est en partageant ce regard commun que nous deviendrons semblables. Nous sommes différents mais le fait d'être prêt à accueillir et à reconnaître fait de chacun de nous une personne unique.

« La reconnaissance partagée de notre faculté de voir l'autre tel qu'il est nous rend semblables à l'autre à parti du moment où nous cherchons mutuellement à échanger. »

L'entretien se pratique selon un cadre déterminé à l'avance et permanent¹⁶ : le lieu, le moment de la journée adapté, la durée. L'entretien est préparé en s'appuyant sur l'ensemble des données recueillies dans le dossier du patient. Il est composé de trois étapes : accueil, corps d'entretien et conclusion. Il fera l'objet d'une transmission à l'équipe pluridisciplinaire.

Selon LIEGEOIS. M, (2003), psychologue clinicien, consultant-formateur des personnels soignants, animateur de groupe de parole et d'analyse de pratiques, le professionnel en situation d'entretien a trois rôles : récepteur, facilitateur, clarificateur. Il adoptera une approche centrée sur la personne avec une pratique qui repose sur l'écoute, l'empathie, la congruence, l'acceptation positive inconditionnelle et l'utilisation de techniques de communication dont la reformulation et la relance.

Par conséquent, lors du premier contact, le sujet sait déjà quelque chose de la démarche dans laquelle il va commencer à s'investir. Bien entendu, il s'agit plus d'un savoir qui s'apparente à une représentation, plus ou moins confuse, qu'à une connaissance construite. On peut dire, de façon plus générale, qu'il a des attentes mais aussi il a souvent des craintes, dont il a conscience ou non et qu'il pourra peut-être formuler à l'intention de celui qui l'écoute. »¹⁷

Il « sait » par rapport à l'interlocuteur qu'il a en face de lui, une sorte de savoir singulier, ce que cela veut dire pour lui le fait d'être dans une démarche thérapeutique ; il a une représentation du cadre et du dispositif d'accompagnement que l'on va essayer de construire ensemble.

Mais finalement, l'art thérapeute ne sait rien de très précis au départ ; en effet, lors des premières séances, il va s'agir pour lui de travailler à comprendre ce qui va mobiliser le sujet lui-même. Tout ce qui vient d'être évoqué est important lors d'un premier entretien et doit être pris en compte. Le sujet va-t-il pouvoir supporter le groupe, va-t-il avoir besoin au contraire de s'isoler, va-t-il avoir besoin de prise en charge individuelle, peut-il être en scène sous le regard de l'autre, va-t-il avoir besoin d'être dans du lien avec l'autre ?

Autant de questions qui trouveront des réponses au fur et à mesure de l'évolution du parcours d'accompagnement.

« Alors se pose la question de la relation triangulaire entre le sujet, l'animateur d'atelier et l'objet créé. Tous deux regardent, échangent autour de cet objet créé. La parole est contingente, mais peut, par un conseil technique ou une proposition plastique, relancer les processus créatifs ou venir border, comme

¹⁶ Hervé PLATEL *Théories et applications cliniques De Boeck Solal* 2014

¹⁷ *Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ?* », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315.

nous l'avons vu, une angoisse que le sujet ne peut pas supporter. Cette relation triangulaire doit être vue d'une certaine façon en volume : quelque chose comme une pyramide, un volume dont on va éclairer, dans et par la création, une des faces.»¹⁸

4.3.3 Alliance thérapeutique

Définition de l'alliance thérapeutique en soins infirmiers : *« C'est la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être. »*

En 1990, GASTON L. , Docteur en psychologie à l'Université de Montréal, propose une approche multidimensionnelle de l'alliance thérapeutique.¹⁹

L'alliance thérapeutique est construite sur quatre facteurs considérés comme indépendants :

- L'alliance de travail : la capacité du patient à travailler dans la thérapie ;
- L'alliance thérapeutique définie comme le lien affectif du patient au thérapeute ;
- La compréhension et l'engagement affectif du thérapeute pour le patient : l'empathie ;
- L'entente entre patient et thérapeute sur les tâches spécifiques liées au déroulement du traitement et buts généraux de celui-ci.

L'alliance thérapeutique repose sur 3 composantes qui sont :

- Le lien affectif ;
- Un accord sur le but de l'accompagnement ;
- Un accord sur les tâches à accomplir dans le cadre thérapeutique.

Les trois piliers de l'alliance thérapeutique sont :

- L'intentionnalité des soins : la recherche du sens des pratiques ;
- La continuité des soins ;
- Un cadre souple et structurant.

« L'alliance thérapeutique, le meilleur facteur prédictif connu des effets thérapeutiques dans de très nombreuses formes de traitement. »

« La notion d'alliance thérapeutique fait l'objet de nombreuses recherches, les plus récentes portent sur le processus de développement de l'alliance, plus précisément sur les facteurs qui contribuent au développement de l'alliance chez le patient, chez le thérapeute et dans leur relation interpersonnelle. »

La construction de l'alliance thérapeutique est influencée par de nombreux paramètres. Il semble y avoir deux phases dans son développement tout au long d'un parcours d'accompagnement :

- l'alliance de type I : « le patient ressent le thérapeute comme très soutenant et capable de porter ses difficultés » ;
- l'alliance de type II : « le sentiment qu'à le patient d'un travail en commun pour lutter contre ses difficultés. »

¹⁸ Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315.

¹⁹ <http://www.traumatys.com/louise-gaston-cv/>

L'alliance initiale n'est pas liée aux antécédents du patient mais elle se développe en fonction du travail et de l'attitude du thérapeute. Elle apparaît dotée d'un pouvoir prédictif plus important que l'alliance en cours de parcours d'accompagnement qui est fluctuante grâce au travail thérapeutique : « L'alliance se trouve attaquée puis restaurée ». Elle obéirait à des cycles dynamiques.

La construction de l'alliance semble influencée et facilitée par les notions de régularité, d'engagement du professionnel accompagnant sur le plan de la clarification des règles et de la structure de l'accompagnement. Elle pourrait être accrue par la bienveillance, la compétence, le respect du professionnel pour le patient voire même par son attitude chaleureuse.

Des interactions se créent entre les acteurs par la communication non verbale car certains comportements transmettent des signes d'engagement affectifs (regards, mimiques, distance entre le corps). L'alliance émerge au fil du temps et c'est cette « alliance dite communicationnelle » qui va influencer tout ce qui est dit et fait en particulier verbalement.

Plus généralement, toutes les définitions s'accordent pour inclure des dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation.

« Cependant, le professionnel doit rester attentif aux réactions de transfert. Un transfert ou contretransfert positif peut faciliter la relation mais il faut toujours craindre que dans un lien thérapeutique aussi fort et soutenu que cette relation, il peut y avoir un risque de tournant nuisible. Quant aux réactions négatives possibles que ce soit du côté du soignant ou du soigné, elles deviennent un obstacle puissance à cette alliance ».

D'où la nécessité pour l'art-thérapeute de participer à des échanges de pratiques et d'être supervisé.

4.3.4 Besoin des patients

L'OMS fait référence à la notion de bien-être pour définir la santé. Le bien-être peut, être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accompagnement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ainsi pour être en bonne santé, les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.

C'est le Psychologue Abraham Maslow qui entre 1943 et 1954 a construit la matrice de la pyramide des besoins, hiérarchisant les besoins humains en cinq catégories. Les besoins physiologiques seraient les plus simples à satisfaire car ils sont communs à tous les humains alors que les besoins non physiologiques sont propres à chacun.

Maslow considère qu'un individu ne peut pas passer à un niveau supérieur de la pyramide si le niveau inférieur n'est pas satisfait.

C'est en 1960 que Virginia Henderson a joué un rôle considérable dans l'avancement de la conception des soins infirmiers en classifiant les quatorze besoins fondamentaux de l'homme qu'il soit malade ou en santé.

Sa définition des soins infirmiers s'applique à tous les malades mais aussi à tous les milieux (foyers, hôpitaux, écoles, usines...) et concerne aussi bien la prévention que la guérison.

Virginia Henderson forge ses convictions professionnelles sur une approche holistique de la santé c'est à dire qu'elle considère chaque personne dans sa globalité.

« L'homme tend vers l'indépendance, la désire et lorsqu'il l'a acquise, il fait tout en son pouvoir pour la conserver. Il possède des ressources pour accéder à l'indépendance »²⁰.

Un besoin est une nécessité plutôt qu'un manque. Selon Virginia Henderson « Pour répondre aux besoins d'une personne, un plan de soin écrit permet ainsi d'assurer la continuité des soins. Ce plan

²⁰ Virginia Henderson - Recherche en soins infirmier N°68 - 2002

doit être établi avec la participation de la personne soignée. Un adulte en possession de ses facultés doit avoir le sentiment de faire des choix. L'ensemble des besoins interagissent les uns sur les autres sans pouvoir dissocier le physique du psychique ».

Le professionnel de santé doit identifier à partir des difficultés de la personne quels sont ses besoins, quelle sont ses difficultés, ses attentes et éventuellement ses craintes, ses compétences pour aider à y répondre durant la période de dépendance.

La démarche de soins est une méthode de résolution de problèmes qui n'aura d'utilité que si le professionnel aide la personne ou la motive à être actrice dans son parcours d'accompagnement impliquant une notion de co-construction.

« Les troubles, les comportements parfois dérangeants des personnes malades expriment, par des biais qui en masquent le sens si l'entourage n'est pas attentif, leurs besoins, leurs désirs. Sans tomber dans l'écueil de la surinterprétation, connaître les grandes lignes de vie des personnes donne des clefs pour améliorer leur qualité de vie. »²¹

Aristote disait de l'homme qu'il était « *un animal social* » c'est à dire que l'être humain par nature a un besoin social aussi important que ses besoins physiologiques.

Aujourd'hui les avancées en neurosciences, en psychologie clinique et sociale vont dans ce sens. Le besoin social est omniprésent et l'équilibre psychologique est indispensable à la survie.

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

4.4.1 Cadre thérapeutique

Nous allons nous appuyer sur l'étude du cadre spécifique à l'art-thérapie abordée ci-dessus et sur la démarche qui permet au praticien d'être à la fois rationnel, rigoureux tout en étant sensible et adaptable. L'utilisation de cet outil nous a permis d'être le garant d'une cohérence et d'une plus grande efficacité dans l'accompagnement du projet de prise en charge.

Le cadre est propre à chaque milieu d'intervention ce qui modélise de l'extérieur l'atelier art-thérapeutique. Au sein de l'ADJ la prise en charge découle d'une orientation par le Chef de service. C'est une proposition faite à certains usagers pressentis volontaires dans le cadre du projet d'établissement. Par manque de coordination de nos pratiques dans les premiers jours, quatre personnes ont été orientées dans la salle d'art-thérapie spontanément sans avoir réalisé d'entretiens individuels. Nous nous sommes adaptés, nous nous sommes questionnés et nous avons conservé cette modalité pour l'ensemble des usagers par soucis d'égalité de prise en charge.

C'est à partir de la troisième séance nous avons réellement trouvé un équilibre général et un rythme. Chaque séance se déroulait en respectant le rituel lié à la phase d'accueil, le déroulement de la séance et la fin de séance. Sur une plus longue durée, nous aurions probablement eu recours à l'odorothérapie systématiquement en début de séance pour éveiller les sens de chacun et accéder plus spontanément au lâcher prise et au centrage sur l'activité. Selon Jean-Pierre Klein, le rituel donne le sentiment d'une persistance.

D'autres part, nous avons constaté rapidement que les personnes âgées ne disposent plus de beaucoup de pouvoirs de décisions, elles perdent l'aptitude à faire des choix. Nous avons souhaité du fait de l'un

²¹ Collection « espace éthique dirigée par Emmanuel HIRSCH - traité de bioéthique -III – Handicaps, vulnérabilités, situations extrême –p207

de nos objectifs « maintenir l'autonomie » de leur offrir un espace de liberté où elles pourraient retrouver cette possibilité.

Sur le plan général et d'un point de vue pédagogique, nous avons cherché à sécuriser le parcours d'accompagnement en évoluant de « l'apprivoisement vers l'intention en art-thérapie », « *Les techniques explorées ont besoin de s'agencer pour que le patient puisse opérer des choix au service de ce qu'il souhaite faire* »²².

Cela consiste à proposer la découverte des arts plastiques grâce à l'apprentissage de techniques en fonction de leurs goûts et en utilisant une méthode adaptée pour se familiariser sans que ce soit une fin en soi. Il y a déjà des peurs, des craintes énoncées ou pas à ce niveau-là. La seconde phase a consisté à expérimenter. Nous avons choisi l'encre aquarelle utilisée sur papier humide en prévenant de l'impossibilité de contrôler l'effet. Cette technique invite à lâcher prise.

Pour certains s'intéresser à l'art n'a guère de sens dans un premier temps : « *quel impact sur la santé ?* »²³.

Nous avons toujours en ligne de mire « l'espace-temps libre » « l'ici et maintenant²⁴ » pour que leur cheminement les conduise à plus d'épanouissement et de bien-être.

Puis, l'ensemble des usagers a eu le choix du devenir de leurs productions : les rapporter à leurs domiciles, les laisser à l'accueil de jour. Mme J voulait prouver à ses enfants ce dont elle était capable. Mme D souhaitait pouvoir exposer son œuvre à domicile pour pouvoir en profiter au quotidien. La troisième personne du groupe, Mme P a souhaité offrir à « l'Escale » une création pour l'exposer dans la salle d'art-thérapie. Tous les usagers se sont retrouvés dans la salle en applaudissant. Un moment fort émotionnellement au regard du contexte de vie de cette personne.

Quant au groupe, il a un rôle contenant mais l'art-thérapeute s'adresse en priorité à l'individu : c'est vraiment le sujet individuel qui est accompagné au sein du groupe.

En outre, quand on s'engage dans des processus de création, cela demande beaucoup d'énergie, un grand investissement de soi. C'est ponctuel et quand l'art-thérapeute s'en va, il peut y avoir un sentiment d'abandon, donc quelque chose de très douloureux. Les personnes ont été dans une dynamique et, tout d'un coup, il n'y a plus rien. Nous les avons préparés progressivement et nous avons spontanément évoqué : « *Comment l'équipe va se réapproprier ce moment-là pour le retravailler avec les sujets qu'elle accompagne ?* »²⁵.

Jean-Pierre Klein exprime aussi la nécessité de ne pas exprimer d'objectifs ou d'attentes précises de l'intervention mais à rester dans une attitude de recherche.

4.4.2 Besoin des patients

Nous avons fait le choix de découvrir un public âgé de 60 à 96 ans, usager au sein d'un établissement proposant une approche humaine de l'accompagnement.

Afin de proposer une prise en charge adaptée à ce public, nous avons acquis des connaissances aussi bien sur le fonctionnement du réseau gériatrique que sur les compétences des différents professionnels, ergothérapeute et AMP. Nous nous sommes informés sur le processus du vieillissement

²² Art-thérapie, médiations artistiques : *quelles différences pour quels enjeux ?* », La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315.

²³ Art-thérapie, médiations artistiques : *quelles différences pour quels enjeux ?* », La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315.

²⁴ <http://gestalt-therapie.org/Ici-et-Maintenant.html>

²⁵ Art-thérapie, médiations artistiques : *quelles différences pour quels enjeux ?* », La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315.

normal et pathologique, sur la pharmacologie, sur les pathologies, sans négliger la prise en considération des codes culturels du milieu rural.

« Dans la relation d'aide et d'accompagnement, l'objectif est de proposer à celle ou celui qui s'engage dans cette démarche, une approche de la personne dans son entité et sa singularité »²⁶. Efforçons nous d'accueillir la personne telle qu'elle est. Ne perdons pas de vue que ses besoins d'aujourd'hui ne sont peut-être plus ceux d'hier et pas ceux de demain.

Certaines personnes ont adopté une attitude plutôt participative et immédiate ; aux autres ne montrant pas d'intérêt, nous avons proposé de réaliser « une séance découverte » pour leur permettre de faire un choix par la suite. Nous avons déterminé ensemble que à la fin de la troisième séance, nous demanderions à la personne de s'engager pour sept séances. Nous avons expliqué à l'ensemble des personnes que notre statut de stagiaire nous contraignait à réaliser une étude et à rédiger un mémoire, puis nous avons précisé à celles concernées les conditions de l'étude et leur avons demandé leur consentement. Nous avons énoncé nos attentes en termes de bienveillance, de confidentialité et de non jugement au sein de l'espace réservé à l'art-thérapie.

Une personne ne ressentait pas le besoin d'être accompagnée et n'en avait pas l'envie : Madame DL. n'a participé qu'à une séance. Nous l'avons sollicitée une seconde fois mais elle a clairement refusé ; nous lui avons cependant précisé qu'elle serait toujours la bienvenue lors de la troisième séance et qu'elle pourrait intégrer le groupe.

Elle nous a précisé « *Il n'y aura pas de prochaine fois, je ne veux pas venir ici, c'est mon mari qui veut que je vienne à l'ADJ* ». Nous avons respecté sa volonté. Le ton affirmé et son regard direct nous a interpellé et ce fut l'occasion d'une transmission auprès du chef de service.

La semaine suivante, Madame DJ. était hospitalisée en psychiatrie pour dépression sévère. Elle avait été orientée vers l'ADJ par cette même structure. Seule information dont nous disposions : « *Madame DL. a participé à des ateliers durant son hospitalisation* ». Nous n'avions aucune information complémentaire. Il nous a semblé incontournable que la notion de pluridisciplinarité se développe au-delà de l'enceinte de l'ADJ.

D'autre part, nous n'étions pas prêts en termes de connaissances et de compétences à accompagner Madame B. qui présentait des symptômes de dépression sévère et des troubles du comportement en groupe ; à cela s'ajoutaient des réactions de certains usagers à son égard. Une prise en charge individuelle nous semblait plus adaptée dans un premier temps pour éventuellement envisager de l'intégrer au groupe par la suite ou bien tout simplement lui permettre de prendre le temps de vivre l'instant présent pour apaiser sa souffrance liée à son anxiété. A ce jour, Madame B. ne fréquente plus l'ADJ.

Pour conclure, au regard de cette expérience, nous avons évalué la nécessité de conduire un premier entretien individuel avec l'utilisateur et de bien définir en amont avec le service nos objectifs et d'exposer nos pratiques professionnelles.

La proposition d'un service à une personne dans un milieu spécifique peut engendrer de sa part des attentes qui peuvent être différentes des besoins évalués par l'équipe pluridisciplinaire prescriptrice.

4.4.3 Travail en collaboration avec les autres personnels

En tant que futur art-thérapeute stagiaire, nous avons en priorité pris connaissance du code déontologique.

²⁶ Angela Evers, *Grand livre de l'art-thérapie*, Editions Eyrolles, 2015

« La déontologie peut s'appréhender en « prenant le droit au sérieux » et en soulignant en quoi les processus de codification déontologiques produisent de l'identité professionnelle et concourent à sa stabilisation »²⁷.

Puis nous avons recherché des informations sur la structure et nous avons sollicité un premier entretien avec le chef de service cerner concrètement le lieu, le public et la philosophie de l'Escale. Nous avons proposé d'élargir l'offre de service en faisant découvrir aux personnes âgées cette discipline originale en adéquation avec les valeurs de l'établissement. Nous avons à nouveau réalisé un entretien pour définir nos modalités de fonctionnement.

Pour s'intégrer à une équipe pluridisciplinaire, il est indispensable de se présenter et de s'intéresser à l'ensemble de l'équipe sur le plan professionnel (leur cursus de formation, leurs expériences, leurs compétences, leurs pratiques) et sur le plan individuel (leur personnalité). Nous avons cherché à avoir une posture aidante, à prendre des initiatives à plusieurs moments de la journée, surtout dans les premiers temps : accueil, repas, animation, sorties. La relation s'est faite relativement rapidement facilitant l'intégration.

Cependant, nous avons identifié des représentations du métier d'art-thérapeute et nous n'avions pas encore tous les outils et les repères suffisant pour illustrer aisément notre discipline ce qui a généré des temps de doute sur notre pratique. Finalement, ce sont les résultats observés et les auto-évaluations des usagers qui nous ont confortés dans la poursuite de nos actes professionnels car ils étaient porteurs de sens pour eux comme pour nous.

Suite à cette expérience, il serait peut-être préférable de se présenter aux professionnels puis aux usagers en précisant « ce que n'est pas l'art-thérapie » : de la médiation artistique, de l'animation, des cours d'arts plastiques, de l'ergothérapie, un atelier pédagogique...

La confusion porte généralement sur la définition des postes car plusieurs professionnels ont des compétences qui se chevauchent et qui sont complémentaires. Bien que l'objectif général d'une prise en charge soit commun à tous, chaque professionnel a une formation spécifique, une stratégie d'intervention avec une finalité précise.

La collaboration entre les professionnels de santé est une nécessité.

La pratique collaborative est défini par l'OMS²⁸ comme *« de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer des soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention et la formation interprofessionnelle ou l'apprentissage interprofessionnel comme des occasions où les membres de plusieurs professions font des apprentissages avec, à propos et à partir des autres, en vue d'améliorer la collaboration et les résultats des soins ».*

« Mais de cette pratique collaborative naît la transdisciplinarité : cette méthode de travail en équipe bien différente de pratiques hospitalières actuelles où la pluridisciplinarité règne en maître. »²⁹

²⁷ Jaunait, Alexandre. « Éthique, morale et déontologie », *Traité de bioéthique. I - Fondements, principes, repères*. ERES, 2010, pp. 107-120.

²⁸ World Health Organization (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva : WHO

²⁹ Mémoire Chloé CHARROUX, Institut de formation en ergothérapie, Promotion 2012-2015-Un projet « d'équilibre » de vie en EPHAD

La pluridisciplinarité est une méthode où chaque professionnel travaille à côté de l'autre. Les pratiques sont très individualistes et cela rend compte de prises en charge fragmentées. Comment travailler vers un objectif commun, si les professionnels ne se concertent pas ?

Cette transdisciplinarité serait une condition de travail optimale.

CONCLUSION

L'apparition et l'instauration de la santé publique, en France, se fait progressivement au fur et à mesure que les préoccupations à l'égard de la santé grandissent. Selon l'OMS, la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective.

Dans ce cadre, il peut être pertinent au sein de l'Escale de mener une réflexion autour d'un projet transdisciplinaire afin de relayer la prise en soin hospitalière des personnes âgées victimes d'AVC en proposant et en valorisant l'accompagnement art-thérapeutique. Cette démarche permettrait d'impliquer l'ensemble des professionnels de santé dans une approche de prise en charge globale du patient et d'agir en terme de prévention de récurrence conformément au Plan AVC*.

Il pourrait être envisagé de proposer une à deux séances par semaine d'art-thérapie sur une période de 3 à 6 mois en individuel ou en collectif par alternance selon les besoins, les attentes et les compétences de chaque usager.

« L'utilisation de différents médiums artistiques constitue une opportunité intéressante pour contribuer au maintien ou au renforcement de l'identité personnelle³⁰. »

Les séances individuelles auraient pour objectifs de :

- Donner du sens et une continuité à la prise en soin hospitalière ;
- Créer la relation et l'alliance thérapeutique entre usager et art-thérapeute ;
- Définir le projet personnalisé selon la loi en vigueur et réaliser une évaluation à six mois ;
- Travailler en complémentarité avec l'ensemble des professionnels pour renforcer leurs actions (ergothérapeute, AMP, kinésithérapeute, orthophoniste...) et tenter de favoriser la création de lien, développer la communication ;
- Restaurer la confiance en soi, l'affirmation de soi, l'estime de soi.

Les séances collectives auraient pour objectifs de :

- Favoriser et sécuriser l'intégration de la personne âgée victime d'AVC ;
- Recréer progressivement du lien social au sein d'un groupe dans un cadre adapté ;
- Maintenir ou restaurer, selon la situation, son autonomie pour continuer à vivre à son domicile ;
- Prendre du temps pour soi et se faire plaisir ;
- Améliorer son bien-être pour une meilleure qualité de vie.

D'autre part, si nous nous appuyons sur le Plan AVC, le projet d'établissement de l'Escale, les auto-évaluations des usagers accompagnés dans cette étude, il nous semblerait pertinent d'intégrer l'aidant familial dans ce projet.

Nous pouvons imaginer créer un événement régulier au sein de l'Escale dans la perspective de faire évoluer le regard de l'aidant sur la personne malade et de travailler sur les représentations, recréer des liens affectifs, chaleureux avec la personne malade en partageant d'agréables moments. Ce serait aussi l'occasion de permettre aux personnes en souffrance de s'exprimer pour trouver au sein de cet espace des solutions à leurs problématiques, apaiser leurs angoisses, ressentir du bien-être et améliorer leur qualité de vie. Sensibiliser le public à apprendre à vivre « ici et maintenant » nous semble important.

³⁰ Neuropsychologie de l'identité : théorie, pratique, éthique. F.Eustache, M.L Eustache, M.Laisney, B.Desgrages, Hervé Platel, De Boeck Solal, 2014

Malgré l'échantillon restreint de la population ciblée et la courte durée de l'étude, l'efficacité de l'accompagnement art-thérapeutique auprès des personnes victimes d'AVC a été constatée par l'équipe pluridisciplinaire. Selon le chef de service, nos interventions ont eu un impact sur les usagers et sur le personnel soignant. L'art-thérapeute a été perçu comme un créateur de lien au sein de l'Escale. Des séances d'art-thérapie pourraient être proposées ponctuellement au personnel dans le cadre du lâcher-prise et du mieux-être dans l'environnement professionnel afin de prévenir le surmenage professionnel et les risques psycho-sociaux.

« Il convient d'instaurer un vrai dialogue entre les accompagnants et les personnes et construire, dans la singularité, une vraie relation au long cours. Mais, dans le même temps, il faut pouvoir retranscrire le cours de cette rencontre pour passer le relais, entre aidants familiaux et professionnels, et entre professionnels. »³¹

Cette étude nous permet d'affirmer que l'art-thérapeute a toute sa place au sein de l'ADJ.

³¹ Collection « espace éthique dirigée par Emmanuel HIRSCH - traité de bioéthique -III – Handicaps, vulnérabilités, situations extrême –p209

BIBLIOGRAPHIE

DELAMARRE Cécile, Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, Dunod, 2015

EUSTACHE F., EUSTACHE M.L, LAINEY M., DESGRAGES B., PLATEL Hervé, Neuropsychologie de l'identité : théorie, pratique, éthique, De Boeck Solal , 2014

EVERS Angela, Grand livre de l'art-thérapie, Editions Eyrolles, 2015

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS, Annales du Congrès art et médecine, Citation du Docteur Jacques ARIES, page 58 et 59, médecin-anesthésiste-réanimateur, 2016

HIRSCH Emmanuel, traité de bioéthique III, Handicaps, vulnérabilités, situations extrême, p207, Collection « espace éthique dirigée »

JAUNAIT Alexandre. « Éthique, morale et déontologie », *Traité de bioéthique. I - Fondements, principes, repères*. ERES, 2010, pp. 107-120.

OLIEVENSTEIN Claude –Naissance de la vieillesse – Ed. Odile Jacob, 1999

PLATEL Hervé, Théories et applications cliniques, De Boeck Solal, 2014

SAINT PHALLE Niki (de), « la vie en couleurs », Edition Palette, 2006

STERN Arno, l'Age d'or de l'expression, Desclée de Brouwer, 2014

WEBOGRAPHIE

Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 72, no. 4, 2015, pp. 295-315. Atelier cadre art-thérapeutique, Genève,

<https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2015-4-page-295.htm>

CICCONE Albert. « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, no. 2, 2001, pp. 81-102.

https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CPC_017_0081

COORDINATION GESTALT, Société Française de Gestalt, Collège Européen de Gestalt Thérapie
<http://gestalt-therapie.org/la-gestalt-therapie.html>

ENNUYER BERNARD, « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! », *Gérontologie et société*, vol. 24 / 99, no. 4, 2001, pp. 219-232.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2001-4-page-219.htm>

HUNSINGER Véronique, Journaliste, source Tout prévoir, Novembre 2016 article p 18-19

http://art-therapie-tours.net/wp-content/uploads/2017/01/2016-11-281797@TOUT_PREVOIR.pdf

HARDY P., SERVANT D. et CIALDELA P., Echelle d'évaluation de Luborski, 1999, p 9
www.ulb.ac.be/medecine/psymed/docu/echel.doc

DESPLAND J-N, ROTEN Y.(de), MARTINEZ E., PLANCHEREL A-C. et SOLAI S., L'alliance thérapeutique : un concept empirique, revue médicale Suisse, volume – 4.20758, 2000
<https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>

KLEIN Jean-Pierre, « L'art-thérapie », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 2007/1 (n° 20), p. 55-62.
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2007-1-page-55.htm>

KOP J.L., Revue Européenne de psychologie appliquée, La mesure du bien-être subjectif chez les personnes âgées, 1993, vol. 43, pp. 271-277

PAGET S., ZARA S., De l'essentiel de la discipline infirmier au modèle de Virginia HENDERSON
<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/09/2016-De-la-discipline-infirmiere-au-modele-de-V.-Henderson1.pdf>

STITLMANN.J, GARDIOL.C, SAVIOZ.S, VOLCKAERT-MARGOT.D, *Le concept de cadre en art-thérapie*, Genève
<http://www.l-atelier.ch/PDF/pdf%20recherche%20sur%20le%20concept%20de%20cadre%20en%20art-therapie.pdf>

MEMOIRE

CHARROUX Chloé, Institut de formation en ergothérapie, Un projet « d'équilibre » de vie en EPHAD, Promotion 2012-2015

GLOSSAIRE (Les mots du glossaire sont annotés par * dans le corpus)

ADJ : accueil de jour. Les structures d'accueil de jour permettent à des personnes vivant à domicile d'être accueillies sur une courte période (d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine). Ces structures sont généralement situées dans des hôpitaux gériatriques ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

AGGIR : grille d'évaluation qui permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'aide personnalisée d'autonomie (APA) afin de déterminer l'éligibilité à l'allocation et d'autre part le niveau d'aide dont il a besoin.

Cette grille est intégrée à un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

AIDANT : selon la HAS, les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne.

AIT : Un accident ischémique transitoire ou ischémie cérébrale transitoire est une ischémie (baisse de la perfusion sanguine) d'une partie du cerveau, des rétines, ou de la moelle épinière, responsable d'un déficit neurologique transitoire.

AMP : Aide Médico-Psychologique. En France, c'est un professionnel paramédical exerçant une fonction d'accompagnement et d'aide dans les actes de la vie quotidienne, en prodiguant des soins de bien-être et d'hygiène.

ANAMNESE : ensemble des renseignements fournis par l'interrogatoire du sujet sur son passé et l'histoire de sa maladie.

APHASIE : c'est une perte partielle ou totale du langage à la suite d'une lésion cérébrale : accident vasculaire cérébral, tumeur, traumatisme crânien... La personne aphasique a des difficultés à Parler – Lire – Ecrire, mais elle a gardé son intelligence.

AVC : accident vasculaire cérébral. Un accident vasculaire cérébral résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux.

BES : mesure du Bien Etre Subjectif chez les personnes âgées.

CONTRE-TRANSFERT : c'est un processus psychologique mis en œuvre par le thérapeute en réponse au transfert.

DYSARTHRIE : la dysarthrie est la difficulté à parler et à émettre des sons, liée à une lésion du système nerveux. Ce trouble de la parole est traité en orthophonie, qui élabore une rééducation adaptée à chaque type de dysarthrie.

DYSPHAGIE : La dysphagie est une sensation de gêne ou de blocage ressentie au moment de l'alimentation, lors du passage des aliments dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage.

ECHELLE EVALUTION DE LUBORSKI : Cet instrument d'hétéro-évaluation, surtout utilisé dans l'évaluation des psychothérapies est composé de 8 échelles visuelles-analogiques, l'une globale et les sept autres évaluant des facettes particulières, comme la capacité d'autonomie, la gravité des symptômes, le malaise subjectif, les effets sur l'entourage, l'utilisation des capacités, les relations

interpersonnelles, les sources d'intérêt. La cotation est facilitée par l'emploi de repères de scores sur certaines sous-échelles, et par des vignettes cliniques (au nombre de 34).

ERGOTHERAPIE : au cours du XXe siècle l'ergothérapie ou « thérapie occupationnelle » se développe dans les institutions de soin. Elle cherche à soigner, rééduquer, réhabiliter, restaurer des capacités physiques par l'activité, le travail. Parmi ces activités, on trouve des activités d'expression artistique.

ETP : éducation thérapeutique du patient. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

EVA : c'est une échelle d'auto-évaluation Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aigue que de douleur chronique.

FORMAT A3 : largeur x hauteur 29,7 x 42,0 cm

FORMAT A4 : largeur x hauteur 29,7 x 21,0 cm

FORMAT A5 : largeur x hauteur 14,8 x 21,0 cm

GIR : Les groupes iso-ressources permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six. Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille AGGIR.

HAS : Haute Autorité de santé. La Haute Autorité de Santé est un organisme public indépendant créé dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. La H.A.S joue principalement un rôle scientifique et est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie.

HEMIATAXIE : en médecine, l'ataxie est une pathologie neuromusculaire qui consiste en un manque de coordination fine des mouvements volontaires. Elle n'est pas liée à une déficience physique des muscles mais plutôt à une atteinte du système nerveux. Elle est totale ou partielle.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

LAND ART INDOOR : c'est une tendance artistique qui se base sur l'utilisation de matériaux trouvés dans la nature, comme du sable, du bois, de la roche, de la terre par exemple. C'est un art éphémère dont les œuvres s'exposent habituellement à l'extérieur jusqu'à l'érosion naturelle.

Nous pouvons adapter cet art aux personnes âgées ayant une perte de mobilité ou aux personnes handicapées en leur mettant à disposition ces éléments naturels dans la salle d'art-thérapie

LSI-A : LIFE Satisfaction Index A de Neugarten, Havighurst & Tobin (1961). Instrument de mesure du bien être subjectif.

MAISON DE TYPE 4 : c'est une maison comprenant une cuisine, 3 chambres, un salon, une salle de bains.

MALADIE DE BENSON : L'atrophie corticale postérieure (ACP), aussi appelée syndrome de Benson, est souvent considérée comme une forme rare atypique de la maladie d'Alzheimer. La maladie cause une atrophie de la partie postérieure du cortex cérébral, ce qui entraîne une interruption du fonctionnement du système visuel.

MMSE : le Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) est un test largement utilisé afin d'évaluer le niveau cognitif et mental d'une personne. Le MMSE est un test d'évaluation cognitive globale.

MUNSH : Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness de Kozma & Stones (1980). Instrument de mesure du bien être subjectif.

OMS : organisation mondiale de la Santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), fondée le 7 avril 1948, a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

ORL : oto-rhino-laryngologie, spécialité médicale étudiant les affections de la « sphère » oreilles-nez-gorge-larynx (voies aériennes supérieures).

PGC – MS: Philadelphia Geriatric center Moral Scale de Lawton (1972, 1975). Instrument de mesure du bien être subjectif.

PLAN AVC : C'est un document stratégique dont les éléments de contexte sont fournis par l'état des lieux du rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France, remis à la ministre de la santé et des sports. C'est un programme d'actions nationales et régionales. Et c'est « une boîte à outils » comprenant des éléments de méthode pour les acteurs, les dispositions de gouvernance, de suivi, d'évaluation du plan y sont incluses.

RALENTISSEMENT IDEOMOTEUR : chez le sujet âgé, il s'agit d'un ralentissement des fonctions physiques et psychiques par ralentissement global du traitement de l'information.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale.

SYNDROME DE KORSAKOFF : Le syndrome de Korsakoff (ou syndrome amnésique avec fabulations ou psychose de Korsakoff ou démence de Korsakoff) est un trouble neurologique d'origine multifactorielle dont une carence en thiamine (vitamine B₁) au niveau du cerveau. Il se manifeste par des troubles neurologiques notamment de la cognition (oublis).

TRANSFERT : processus psychologique lié aux automatismes de répétition qui tend à reporter sur les personnes les émotions et attitudes qui existaient dans l'enfance

THROMBOLYTIC : se dit de ce qui provoque la dissolution des caillots de sang dans les vaisseaux. Par extension, ce terme définit des médicaments qui dissolvent les caillots.

THROMBOSE SURALE : La thrombose veineuse profonde, ou phlébite profonde, ou thrombophlébite, est avec l'embolie pulmonaire une des deux manifestations de la maladie thromboembolique. Elle est due à la formation d'un caillot (thrombus) dans le réseau veineux profond des membres inférieurs (thrombose veineuse).

ANNEXES

Annexe 1 Grille AGGIR

Nom et prénom
Ml Sec.Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalelement C = Correctement		Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
		S	T	C	H	Code			
1. Cohérence	communication	☐	☐	☐	☐			Codage intermédiaire Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).	
	comportement	☐	☐	☐	☐				
2. Orientation	dans le temps	☐	☐	☐	☐			Puis codez secondairement par A, B ou C, selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H. - Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) - Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) - Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B.	
	dans l'espace	☐	☐	☐	☐				
3. Toilette	haut	☐	☐	☐	☐			Code final si sous-variables Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B	
	bas	☐	☐	☐	☐				
4. Habillage	haut	☐	☐	☐	☐				
	moyen	☐	☐	☐	☐				
	bas	☐	☐	☐	☐				
5. Alimentation	se servir	☐	☐	☐	☐				
	manger	☐	☐	☐	☐				
6. Élimination	urinaire	☐	☐	☐	☐				
	fécale	☐	☐	☐	☐				
7. Transferts		☐	☐	☐	☐				
8. Déplacements à l'intérieur		☐	☐	☐	☐				
9. Déplacements à l'extérieur		☐	☐	☐	☐				
10. Alerter		☐	☐	☐	☐				
11. Gestion		☐	☐	☐	☐				
12. Cuisine		☐	☐	☐	☐				
13. Ménage		☐	☐	☐	☐				
14. Transports		☐	☐	☐	☐				
15. Achats		☐	☐	☐	☐				
16. Suivi du traitement		☐	☐	☐	☐				
17. Activités du temps libre		☐	☐	☐	☐				

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

Annexe 2

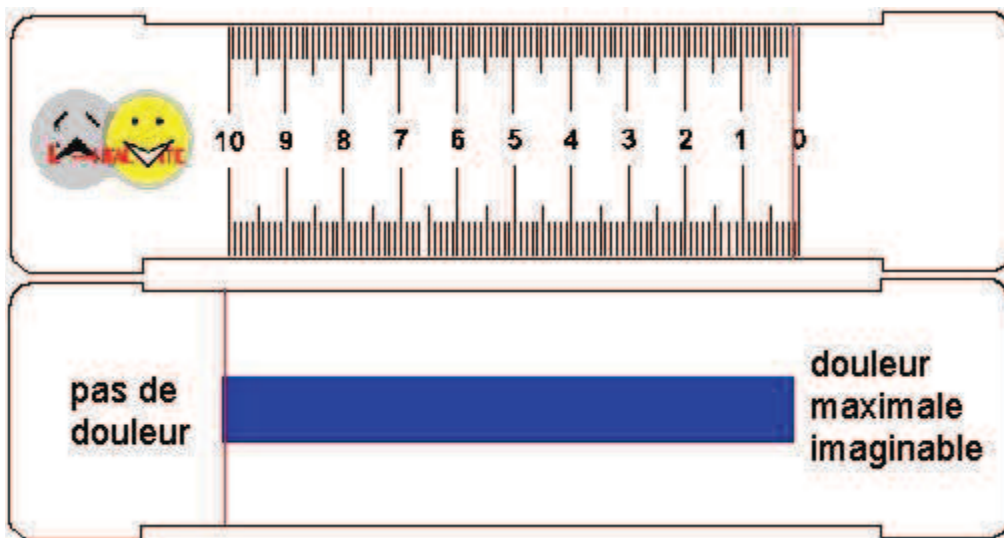
Grille analogique EVA :

L'EVA se présente sous la forme d'une règlette en plastique de 10 cm graduée en mm, qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement.

Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "**Absence de douleur**", et l'autre à "**Douleur maximale imaginable**".

Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur

Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en mm.



Grille d'évaluation adaptée :

Chaque jour, en début de séance, nous demandons à chaque personne : « *Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?* »



Très bien	Bien	Assez bien	Moyennement Bien	Pas bien
-----------	------	------------	------------------	----------

Questionnaire ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE

Pour chaque item merci de cocher la réponse qui vous paraît la plus juste parmi les 4 propositions

Actuellement

	Oui c'est bien vrai	C'est Plutôt vrai	C'est plutôt faux	Non c'est tout à fait faux
Je crois que mon art-thérapeute m'aide.....	☐	☐	☐	☐
Je suis à l'aise dans la relation avec mon art-thérapeute.....	☐	☐	☐	☐
Je me sens mieux depuis que mon art-thérapeute m'accompagne.....	☐	☐	☐	☐
Je sens que je peux compter sur mon art-thérapeute.....	☐	☐	☐	☐
Je sens que je comprends bien mon art-thérapeute.....	☐	☐	☐	☐
Je sens que mon art-thérapeute me comprend bien.....	☐	☐	☐	☐
Je trouve que mon art-thérapeute a des explications claires.....	☐	☐	☐	☐
Je sens que mon art-thérapeute désire que je me sente mieux.....	☐	☐	☐	☐
Je sens que nous travaillons ensemble, mon art-thérapeute et moi : nous faisons équipe.....	☐	☐	☐	☐
Je crois que nous comprenons mes difficultés de la même manière.....	☐	☐	☐	☐

ACCOMPAGNEMENT EN ART THERAPIE : FICHE D'OUVERTURE

Date : .../.../....

PRENOM :

NOM :

Age :

GROUPE :

Date de naissance :

Commune :

Date d'entrée :

Référent :

GIR :

Situation familiale :

Pathologie :

Entourage :

Histoire de vie : enfance / études / vie familiale / vie professionnelle

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la vie quotidienne ?

Quelles sont vos attentes ?

Passions / Loisirs :

Renseignements médicaux :

- Médecin traitant :
- Médicaments :
- Mobilité :
- Elimination :
- Alimentation :
- Sieste :
- Soutien à domicile :
- Spécialistes :

Objectif du contrat ADJ :

FICHE D'OBSERVATION					
Nom :		Prénom :			
Séance n° :	Jour et date :	Heure de début :		Heure de fin :	
Séance en Groupe ☐ séance individuelle ☐ <u>Dynamique de séance :</u> 4 – conviviale 3- calme 2 – animée 1 – agitée		Météo	Extérieure	Usager	Art-Thérap.
Nombre de participants :		Nom des participants :			
<u>Techniques utilisées :</u> ☐ origami ☐ collage ☐ peinture ☐ modelage ☐ encre aquarelle ☐ feutrage ☐ Techn.mixte ☐ écoute musicale ☐ aromathérapie		<u>Méthode utilisée :</u> ☐ exercice ☐ jeu ☐ situation ☐ dirigée ☐ semi-dirigée ☐ ouverte ☐ libre			
<u>Objectif général :</u> <u>Objectif intermédiaire :</u>					
Accueil : 4 - chaleureux 3 – enthousiaste 2 – attendu 1 – indifférent		Situation proposée :			
CAPACITES RELATIONNELLES					
<u>Prise de parole :</u> 4 – fréquente 3 – occasionnelle 2 – rare 1 – inexistante		<u>Regards :</u> 4 – réguliers 3 – ponctuels 2 – rares 1 – absents		<u>Initiatives :</u> 4 – nombreuses 3 – quelques 2 – rares 1 – aucune	
				<u>Affirmation des choix :</u> 4 –fréquente 3 – occasionnelle 2 – rare 1 – aucune	

CAPACITES COMPORTEMENTALES			
<u>Rythme de travail :</u> 4 – lent 3 – soutenu 2 – rapide 1 – très rapide		<u>Respiration :</u> 4 – très bruyante 3 – bruyante 2 – un peu bruyante 1 - normale	<u>Fatigue :</u> 4 – pas fatiguée 3 – un peu fatiguée 2 – fatiguée 1 – très fatiguée
CAPACITES PSYCHIQUES			
<u>Concentration :</u> 4 – grande 3 –moyenne 2 –normale 1 – faible	<u>Confiance en soi :</u> 4 – bonne 3 – modérée 2 – peu 1 – pas	<u>Acceptation de soi :</u> 4 – reconnaît son travail à sa juste valeur 3 – surévaluation des défauts 2 – évaluation négative 1 – jugement non objectif	<u>Plaisir éprouvé :</u> 4 – manifeste son plaisir physiquement et verbalement 3 –le visage exprime le plaisir 2 – expression neutre 1 – inexpressivité /déplaisir
CAPACITES ARTISTIQUES			
<u>Adaptation à la technique :</u> 4 - aisée 3 – normal 2 – difficile 1 – très difficile	<u>Désir :</u> 4 – très intéressée 3 – intéressée 2 – peu intéressée 1 – pas intéressée	<u>Début de travail :</u> 4– rapide 3 – lent 2 – hésitant 1 – après stimulation	<u>Devenir de la production :</u> 4 – exposée 3 – conservée 2- ADJ 1 - détruite
Fin de séance :		<u>Trajet :</u> 4 – autonome 3 – guidé 1 fois 2 – guidée plusieurs fois 1 – accompagnée	
<u>Auto-évaluation :</u> 4 – fierté 3 – auto satisfaction 2 – satisfaction mitigée 1 – indifférence		<u>Auto-évaluation en « mots » :</u>	
Analyse de séances			
Transmission :			

Annexe 6

Nathalie MOREAU – Art-thérapeute stagiaire Faculté de Médecine de Poitiers - Accueil de jour autonome L'Escale -
CONFIDENTIEL

BILAN D'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THERAPIE Document interne – A l'attention du Chef de service :.....

Madame XXXX

Née le XX/XX/XXXX

Date d'entrée à l'ADJ :

Bilan rédigé le :

Période	Nombre de séances	Absences	Durée moyenne des séances	Individuel ou groupe	Jour(s) d'atelier	Commentaires

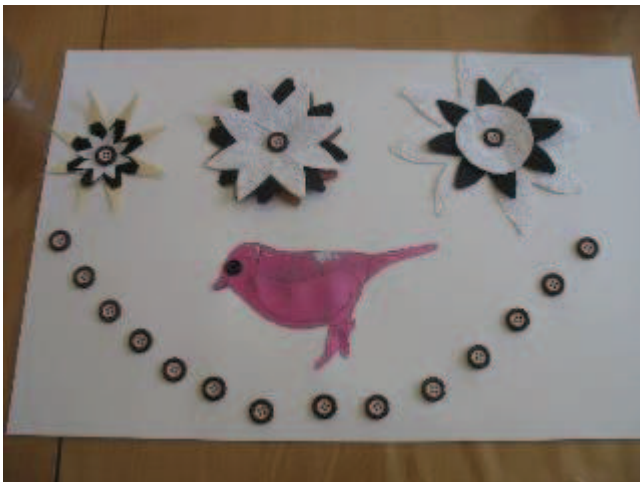
Objectifs thérapeutiques :

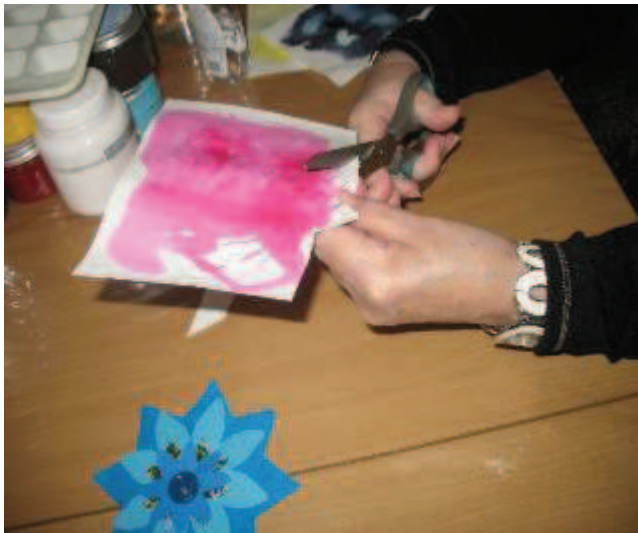
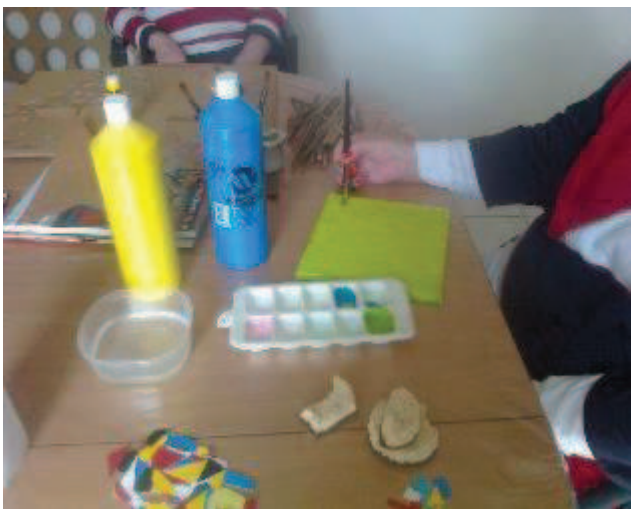
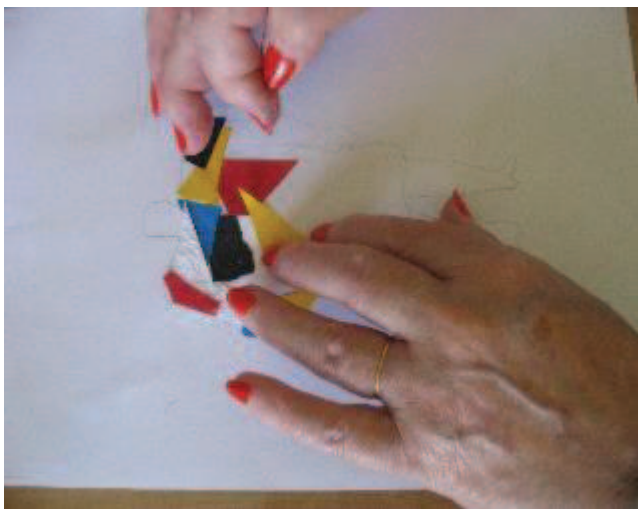
Moyens :

Evolution au regard des objectifs :

Bilan :

Futurs objectifs / remarques :







RESUME

Une expérience en art-thérapie par les arts plastiques auprès de personnes âgées victimes d'accidents vasculaires cérébraux fréquentant l'accueil de jour autonome.

L'accident vasculaire cérébrale est un évènement de santé grave. C'est la troisième cause de mortalité en France. La prise en charge hospitalière de l'accident vasculaire cérébral est un enjeu de santé publique majeur dont l'objectif est de prévenir les récurrences. De retour à leur domicile, les malades peuvent bénéficier des services à la personne pour les soins et actes du quotidien selon la perte d'autonomie. En complément, l'accueil de jour propose à ces personnes des activités quotidiennes pour maintenir ou développer leur autonomie et pour conserver du lien social.

Cette étude montre l'efficacité de l'accompagnement art-thérapeutique par les arts-plastiques, approche originale et non médicamenteuse proposée en accueil de jour aux usagers victimes d'accident vasculaire cérébral afin d'améliorer la qualité de vie.

Mots-clés : Art-thérapie, arts-plastiques, accident vasculaire cérébral, accueil de jour, personnes âgées, lien social, autonomie, traitement non médicamenteux.

SUMMARY

An art-therapy experience in the plastic arts with elderly vascular cerebral victims attending independent day center.

A cerebral vascular accident is a serious health condition being the third cause of mortality. Hospital care for cerebral vascular represents a major public health issue, the main concern being recurrence. Returning home, patients can benefit from help for day-to-day housework and care depending on their needs, complementing day center offers these people daily activities to develop and keep their independence and social links.

This study shows the efficiency of using art-therapy based on plastic arts. The non-medicated approach for helping patients from cerebral vascular accident has improved their quality of life.

Keywords: Art-therapy, plastic arts, cerebral vascular accident, day center, elderly people, social link, independent, non-medicated approach.

Nathalie MOREAU
D.U Art-thérapie
Université de Médecine et de Pharmacie - Poitiers