

**FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE POITIERS**

**L'ART- THERAPIE PAR LES ARTS-PLASTIQUES, AMENES PAR LA MUSIQUE  
ET L'ODORAT-THERAPIE AMELIORE T-ELLE LA SOUFFRANCE ANXIEUSE  
DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET/OU L'ESTIME  
DE SOI**

**Mémoire de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie**

**Présenté par Mélanie BAUGARD**

**Année 2017**

**Référent Universitaire:**

**Professeur GIRAUD Jean-Jacques**

**Sous la direction de :**

**Mme MIRANDE Catherine**

**Art-thérapeute**

**Lieu de stage :**

**RPA**

**16300 Barbezieux St Hilaire**



**FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE POITIERS**

**L'ART- THERAPIE PAR LES ARTS-PLASTIQUES, AMENES PAR LA MUSIQUE  
ET L'ODORAT-THERAPIE AMELIORE T-ELLE LA SOUFFRANCE ANXIEUSE  
DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET/OU L'ESTIME  
DE SOI**

**Mémoire de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie**

**Présenté par Mélanie BAUGARD**

**Année 2017**

**Référent Universitaire:**

**Professeur GIRAUD Jean-Jacques**

**Sous la direction de :**

**Mme MIRANDE Catherine**

**Art-thérapeute**

**Lieu de stage :**

**RPA**

**16300 Barbezieux St Hilaire**

<b><u>PLAN</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>REMERCIEMENTS</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>PREAMBULE</u></b> .....	<b>5</b>
<b><u>1 INTRODUCTION</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>1.1 LA MALADIE D'ALZHEIMER</u></b> .....	<b>7</b>
<i>Description de la maladie</i> .....	7
<i>Les troubles cognitifs</i> .....	7
<i>Les troubles comportementaux</i> .....	8
<i>Les altérations neuropathologiques caractéristiques</i> .....	9
<i>Les stades de progression de la maladie</i> .....	10
<i>Les 2 types de mémoire</i> .....	11
<i>Les dernières avancées médicales</i> .....	12
<b><u>1.2 L'ANXIETE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER</u></b> .....	<b>13</b>
<i>Définition</i> .....	13
<i>Fréquence</i> .....	14
<i>Evaluation</i> .....	14
<i>Les différentes formes anxieuses</i> .....	14
<i>Anxiété et insight</i> .....	15
<i>Conséquences</i> .....	15
<i>Traitements</i> .....	15
<b><u>1.3 L'ESTIME DE SOI DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER</u></b> .....	<b>16</b>
<i>Définition</i> .....	16
<i>Les manifestations de l'estime de soi</i> .....	16
<i>Evaluation</i> .....	17
<i>Conscience de Soi et maladie d'Alzheimer</i> .....	17
<b><u>1.4 LE CHOIX DU MEDIUM : LES ARTS-PLASTIQUES AMENES PAR LA MUSIQUE OU L'ODORAT - THERAPIE</u></b> .....	<b>18</b>
<i>Les Arts-Plastiques</i> .....	18
<i>Musique et musicothérapie</i> .....	19
<i>L'odorat- thérapie</i> .....	21
<b><u>1.5 L'INTERET DE L'ART-THERAPIE ET LE CHOIX DES OBJECTIFS THERAPEUTIQUES</u></b> .....	<b>22</b>
<i>Intérêt et opinion de l'Art-thérapie avec la MA*</i> .....	22

<i>Explications du choix des objectifs thérapeutiques .....</i>	<i>23</i>
<b><u>2 MATERIELS ET METHODES .....</u></b>	<b>23</b>
<b><u>2.1 MATERIELS .....</u></b>	<b>23</b>
<i>Lieu du stage et présentation de l'établissement, des structures et du personnel.....</i>	<i>23</i>
<i>Protocole.....</i>	<i>24</i>
<b><u>2.2 METHODE .....</u></b>	<b>26</b>
<i>Etude de cas .....</i>	<i>26</i>
<i>Présentation des patients retenus .....</i>	<i>26</i>
<i>Scores des tests scientifiques des 3 patients élus présentés en étude de cas avant PES*.</i>	<i>26</i>
<i>Scores des tests scientifiques des 3 autres patients élus non présentés avant PES* .....</i>	<i>27</i>
<i>Scores des tests scientifiques des 6 patients témoins au démarrage du protocole .....</i>	<i>27</i>
<i>Sélection des items d'observation et explications de ces choix.....</i>	<i>28</i>
<i>Présentation des 3 études de cas et détail des séances.....</i>	<i>29</i>
<b><u>3 RESULTATS .....</u></b>	<b>44</b>
<i>Scores des test scientifiques après PES* des 3 études de cas.....</i>	<i>44</i>
<i>Scores des tests scientifiques après PES* des 3 autres patients élus non présentés en étude de cas.....</i>	<i>45</i>
<i>Histogrammes des 8 séances des 3 études de cas et bilans .....</i>	<i>46</i>
<b><u>4 DISCUSSION.....</u></b>	<b>52</b>
<i>Présentation des thèmes abordés dans la discussion .....</i>	<i>52</i>
<i>La créativité demande-t-elle un autre regard sur la vieillesse pathologique?.....</i>	<i>53</i>
<i>Les liens entre l'Art et le cerveau .....</i>	<i>54</i>
<i>Maladie d'Alzheimer et pratique artistique .....</i>	<i>55</i>
<i>Les artistes atteints de la maladie d'Alzheimer.....</i>	<i>57</i>
<i>L'Art pour aider à aller vers un mieux-être .....</i>	<i>58</i>
<i>De l'Art pour diminuer la souffrance anxieuse et Re-trouver une estime de soi favorable .....</i>	<i>59</i>
<i>Art-thérapeute : une posture, une image et des paroles pour conduire à LA relation.....</i>	<i>60</i>
<i>Une posture soignante qui implique un dialecte approprié au corps médical.....</i>	<i>60</i>
<i>L'importance de l'image du soignant par le vêtement porté.....</i>	<i>60</i>
<i>Un cadre thérapeutique qui amène une relation respectueuse.....</i>	<i>61</i>
<i>Un regard, une voix, une écoute adaptées.....</i>	<i>61</i>

<i>L'utilisation de l'empathie et des neurones miroirs .....</i>	62
<i>L'utilisation de l'humour .....</i>	63
<i>La mise en place d'un atelier Art-thérapeutique au sein d'une RPA, dans 3 structures... 65</i>	65
<i>Le lieu .....</i>	65
<i>Le matériel .....</i>	66
<i>Matériel et vocabulaire.....</i>	67
<i>La prise en charge individuelle.....</i>	67
<i>La durée .....</i>	67
<i>Le déroulement de la séance.....</i>	67
<i>La fin de séance .....</i>	68
<i>Une expérience via de nouveaux encodages.....</i>	69
<i>Résultats des nouveaux encodages .....</i>	70
<i>Les limites de l'Art-thérapie.....</i>	70
<i>Un questionnaire pour connaître l'impact de l'Art-thérapie .....</i>	71
<i>Une expérience artistique en collaboration avec Béatrice TERRA.....</i>	73
<i>Résultats de l'expérience artistique .....</i>	74
<b><u>CONCLUSION</u>.....</b>	<b>76</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....</b>	<b>78</b>
<b><u>WEBOGRAPHIE</u>.....</b>	<b>81</b>
<b><u>GLOSSAIRE</u>.....</b>	<b>82</b>
<b><u>ABREVIATION</u> .....</b>	<b>84</b>
<b><u>ANNEXES</u>.....</b>	<b>85</b>

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier Madame MIRANDE Catherine, Art-thérapeute, notre directeur de mémoire, pour son implication et sa confiance.

Le Dr CHAUMIER Jean Albert- Neurogériatre, qui nous a permis d'établir un protocole en nous donnant les moyens de l'élaborer.

Dr BEKLOUF, Gériatre, notre encadrant de stage.

Le Dr BOUKEROU Meriem, Gériatre et responsable de service, pour son répondant à nos questionnements pendant le stage, sa curiosité positive et son soutien à cette discipline.

L'ensemble des équipes des trois structures de la résidence pour personnes âgées de Barbezieux St Hilaire.

Mme BONNAUD Véronique, Chercheuse en neurosciences et psychologue, notre tutrice, qui nous a guidé par ses connaissances tout au long de cette recherche.

Le Dr FAHRI Dominique, Médecin généraliste, qui a soutenu notre démarche dès le départ, et nous a permis de poursuivre et persévérer dans cette voie par ses conseils avérés et sa supervision.

Mme TERRASSIER Laurence, Directrice du Foyer Roger Cardinaud qui nous a permis de réaliser notre stage en bénévolat, pour sa confiance et sa bienveillance.

Nous tenons également à remercier nos professeurs pour ce diplôme d'Art-thérapie : Pr GIRAUD Jean-Jacques, Pharmacien, Artiste peintre et Musicien, Responsable de ce diplôme, Mme PAIN Enseignante en Ecriture et Dramathérapie, et M. PAIN, Responsable pédagogique et professeur de la philosophie de la médecine et de l'éthique soignante, Mme LANDRAULT Valérie, Art-thérapeute, ainsi que les nombreux intervenants.

Béatrice TERRA, Artiste peintre pour sa contribution à notre projet.

Mme BEAULIEU Huguette, du haut de ses 90 printemps, collectionneuse assidue d'art, qui a contribué par ses recherches et ses connaissances, à nous aider dans nos recherches artistiques.

L'ensemble des patients qui ont participé à ce protocole.

A mes enfants.

A "Lolo", amie et confidente, de la promotion de ce diplôme d'art-thérapie, qui nous a quitté précipitamment.

## PREAMBULE

Après plus de vingt années passées dans le graphisme par la création de dessins animés pour enfants, nous avons gardé cette cible publique, non dans un cadre de divertissement, mais vers un axe d'aide aux aidants. En effet, étant confrontés de près par l'autisme, nous avons dans un premier temps, réalisé un site internet d'aide aux familles concernées par cette pathologie.

Désirant aller plus loin dans cette démarche, en s'axant désormais dans une optique de soin, nous avons soutenu un mémoire portant sur l'hypothèse de travail suivante: "**Les corrélations du Design Graphique et l'Autisme Asperger**" à l'Institut Supérieur Des Arts de Toulouse.

L'obtention du Diplôme national d'Arts-Plastiques nous a ainsi permis d'intégrer la formation d'Art-thérapie dispensée par la Faculté de Médecine de Poitiers.

Désirant élargir nos connaissances, nous nous sommes tournés vers la pathologie Alzheimer, étant vivement intéressés par la neurologie et ses pathologies neurodégénératives.

Ayant eu l'opportunité de réaliser un protocole de recherche médicale portant sur la diminution de l'anxiété et l'estime de soi par l'Art-thérapie dans la maladie d'Alzheimer, nous réaliserons cette soutenance en quatre parties:

Dans une première partie, nous exposerons les **données théoriques de la maladie et ses dernières avancées en matière de recherche**. Ensuite, nous développerons particulièrement le **symptôme anxieux** qui est l'objectif intermédiaire de notre recherche. Nous évoquerons postérieurement, **l'estime de soi** du malade atteint d'Alzheimer, représentant l'objectif général de ce protocole. Nous présenterons ensuite, en détail, **notre choix de médium** pour y parvenir. Enfin, nous exposerons **notre opinion sur l'art-thérapie et son intérêt sur la pathologie visée**.

Dans une seconde partie, nous présenterons **matériels et méthodes** mis en place **via 3 études de cas**, dans différentes structures. Nous expliquerons alors **le déroulement des séances art-thérapeutiques** et présenterons **les bilans** fournis et validés par les responsables des services concernés.

Dans un troisième temps, nous exposerons **les résultats** de cette recherche.

Enfin, nous exprimerons, à travers une discussion, **l'analyse et la critique de cette recherche** et tenterons d'**ouvrir de nouvelles pistes de travail**.

## INTRODUCTION

**900 000 Personnes** sont actuellement atteintes en France par la maladie d'Alzheimer, **25 000** en Poitou-Charentes<sup>1</sup>, région particulièrement touchée du fait de sa moyenne d'âge élevée, par habitants.

La maladie d'Alzheimer est la forme **la plus courante de démence\***.<sup>2</sup>

Depuis 2015, **l'incidence** de la pathologie est en **baisse**, mais **sa fréquence ne cesse d'augmenter** : on relève dans notre pays 220 000 nouveaux cas par an<sup>3</sup>. Cette **maladie neurodégénérative\*** complexe, touchant majoritairement les personnes âgées de plus de 75 ans, conduit à une **détérioration des capacités cognitives\***. Elle entraîne dans son sillage, **des troubles du comportement associés** et une **perte progressive d'autonomie** du malade. C'est une pathologie grave avec une espérance de vie chiffrée entre 5 et 8 ans après le diagnostic. Toutefois, les diagnostics sont de plus en plus précoces allongeant ainsi l'espérance de vie.

**Les répercussions médicales, sociales et économiques** auxquelles sont confrontées le malade et son entourage, les professionnels impliqués, sont particulièrement **lourdes**. La maladie d'Alzheimer représentent donc **un problème de santé publique majeur**.

Il est à noter que l'accent doit avant tout être mis sur **la prévention** et **l'éducation** dans la santé, pour agir **en amont** sur les comportements humains afin de **réduire les facteurs de risque**.

Hormis la **surveillance médicale indispensable**, **des prises en charges pluridisciplinaires sont mises en place** : stimulation cognitive, psychocognitive ou psychosociale, comportementale ou sensorielle.

S'il n'existe actuellement **aucun traitement médicamenteux permettant d'en guérir**, ces approches permettent toutefois de **reculer** ou **d'atténuer la progression** de la maladie. Elles s'intègrent dans une **prise en charge globale du patient**.

L'art-thérapie est une de ces approches.

C'est une discipline paramédicale qui utilise l'art comme processus thérapeutique et met l'accent sur les capacités restantes de la personne.

---

<sup>1</sup> GUILLARD J.PAGE G., PERRONA F.RIOUX-BILAN A. "La trans-viniférine et la maladie d'Alzheimer" - L'actualité chimique- novembre 2016 n°412 page XIV

<sup>2</sup> BOURAS et coll., 2001.

<sup>3</sup> GIL R, Neurologue, enseignant à la Faculté de Médecine de Poitiers 2017

**L'anxiété est l'un des troubles majeurs du comportement, présente chez 48% des malades atteints d'Alzheimer, tous stades confondus<sup>1</sup>.**

L'art-thérapie alliée à un cadre thérapeutique peut-elle soulager cette souffrance anxieuse?

Si cette souffrance diminue par cette approche, le patient peut-il retrouver bien-être et estime de lui-même, et de facto, de son entourage?

L'art-thérapie peut-elle être efficace à un stade modérément sévère de la pathologie?

Nous avons regroupé nos questionnements et établi notre stratégie thérapeutique sous la forme d'un protocole de recherche scientifique:

**" L'Art-Thérapie améliore t-elle la souffrance anxieuse des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et/ou l'estime de soi? "**

## **1.1 LA MALADIE D'ALZHEIMER**

### **Description de la maladie**

Décrite en 1906 par un neuropathologiste Allemand Aloïs ALZHEIMER, cette maladie est définie par l'association d'un syndrome\* clinique caractérisé par **des troubles cognitifs\* et comportementaux** évoluant progressivement vers un syndrome démentiel, et **d'altérations neuropathologiques caractéristiques\***.

**Les troubles cognitifs\* (de la connaissance) se regroupent sous 4 formes :**

- **Amnésie ( la Perte de mémoire)**

Les troubles mnésiques\* évoluent avec l'avancée dans la maladie. Dans un premier temps, la personne rencontre des difficultés à mémoriser les événements récents: sa mémoire épisodique à court terme (moins de une heure) puis à long terme (plus d'une heure) sont les premières touchées par la maladie. Ces pertes vont ensuite s'étendre à la mémoire dite sémantique: mémoire des connaissances générales, puis à la mémoire procédurale : celle des apprentissages.

---

<sup>1</sup> MEGA MS, CUMMINGS JL, FIORELLO T, GOMBEIN J. The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease. Neurology 1996; 46: 130-5.

- Aphasie : (La perte des mots)

Les troubles aphasiques apparaissent plus ou moins tôt et demeurent constants dans les mois ou les années qui suivent l'installation des troubles mnésiques. Le manque de mot s'aggrave progressivement, en même temps qu'apparaissent des troubles de la compréhension du langage parlé et écrit.

- Apraxie : (La perte des gestes)

Les troubles apraxiques sont caractérisés par des difficultés dans la réalisation de gestes concrets (manipulation d'objet) ou symboliques (geste de croix par exemple). Difficiles à percevoir dans les premiers stades de la maladie, la personne a de plus en plus de mal à effectuer des gestes nécessitant une coordination motrice. Les gestes appris sont peu à peu oubliés, des plus complexes (écriture) aux plus simples (mâcher des aliments).

- Agnosie : (La perte des visages et des objets)

Les troubles agnosiques sont marqués par le manque de reconnaissance des visages, des objets familiers et des lieux. Ils apparaissent généralement en stade avancé de la pathologie mais peuvent inaugurer la maladie, comme dans le syndrome de BENSON<sup>1</sup>.

NB : Pendant longtemps, l'approche de la maladie s'est résumée à la dimension cognitive. Pourtant les aspects psychiatriques sont connus depuis la description princeps qu'en fit Aloïs Alzheimer, confère Augusta Dieter qui présentait "une manie de la persécution, des insomnies, et un état d'agitation, ainsi qu'un désir de jalousie".

### Les troubles comportementaux

Les troubles du comportement, appelés SCPD<sup>2</sup>, sont présents chez 80% des patients atteints de MA\* et à tous les stades de son évolution<sup>3</sup>. Il s'agit de :

- Perturbation affectives et émotionnelles : Apathie, dépression, anxiété, hypomanie (troubles de l'humeur et du comportement), perturbations émotionnelles, conduites régressives.

<sup>1</sup> Cf. Syndrome de BENSON : maladie rare neurodégénérative qui fait partie des formes atypiques de la maladie d'Alzheimer. Les signes visuels sont le plus souvent les premiers symptômes : l'agnosie visuelle.

<sup>2</sup> SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence. Le terme SCPD fut établi en 1996 lors de "l'international Psychogeriatric Association" qui s'est déroulée à l'hôpital Notre Dame de Bon Secours - Paris.

<sup>3</sup> M.-P. PANCRAZI, P.METAIS Presse médicale 2005; Éd. Masson

- Troubles comportementaux proprement dits : Agitation, agressivité, stéréotypies (répétitions) motrices et vocales.
- Signes psychotiques : Délires, hallucinations, troubles de l'identification.
- Modification des fonctions instinctuelles : Sommeil, appétit, sexualité, conduites d'élimination.

Les SCPD détériorent la qualité de vie des patients et de son entourage et sont souvent à l'origine de placement en institution.

Le test scientifique NPI<sup>1</sup> permet de les évaluer en appréciant la fréquence, la gravité et le retentissement sur l'entourage.

### **Les altérations neuropathologiques caractéristiques**

Les altérations neuropathologiques caractéristiques entraînent deux types de lésions dans le système nerveux central :

1/ **L'apparition au sein des neurones d'anomalies de la protéine Tau\*** appelée la dégénérescence neurofibrillaire\*.

2/ **Un dépôt en dehors des neurones de protéine Béta amyloïde\***, ce sont les plaques séniles\*.

Ces lésions engendrent un déclin progressif des facultés cognitives et montrent une affection neurodégénérative conduisant progressivement à la mort des neurones, appelée apoptose. Il est à noter qu'une importante atrophie corticale\* est souvent associée à ces types de dommages<sup>2</sup>

**NB** : Les malades peuvent présenter des profils cliniques très hétérogènes, et ce, au sein d'un même stade de la pathologie. Ainsi, les troubles cognitifs et comportementaux s'expriment différemment d'une personne à une autre. Dans la majorité des cas, les patients atteints de MA ne sont, peu ou pas, conscients de leur trouble. Cette anosognosie peut se manifester de manière dissociée, c'est-à-dire que le patient peut être très conscient d'un de ses troubles en particulier, ou de ses troubles dans leur totalité (MAHIEUX-LAURENT, 2007).

<sup>1</sup> NPI : **NeuroPsychiatric Inventory** : inventaire neuropsychiatrique. J.L CUMMINGS, 1994 - Comprehensive assessment of psychopathology in dementia.

<sup>2</sup> BOURAS et coll., 2001

Cette pathologie évolue sous **des stades progressifs**.

### 3 grands stades dans la progression de la maladie :

**1/ le stade de début** : Des troubles notamment de la mémoire et du langage, discrets mais pouvant altérer l'accomplissement de tâches quotidiennes. Les personnes tentent de pallier leurs difficultés en recourant à des aide-mémoires et à leurs proches.

**2/ le stade modéré** : Les troubles s'accroissent, désorientation temporelle et spatiale nette, jugement et affectivité perturbés. Il devient graduellement plus difficile pour ces personnes de gérer leur argent par exemple, et de planifier leurs activités quotidiennes. Elles ont de plus en plus de mal à apprendre et à retenir de nouvelles informations. Cependant, leurs souvenirs de jeunesse et d'âge moyen sont encore bien préservés.

**3/ le stade sévère** : Perte de la mémoire, langage déstructuré, fonctions exécutives très altérées, et comportement perturbé. A ce stade, une surveillance permanente ou l'hébergement dans un centre de soins devient nécessaire

Afin d'établir les stades de sévérité de la MA\*, la Haute Autorité de la Santé recommande l'usage du test MMS<sup>1</sup>.

Comme nous venons de le voir précédemment, La maladie d'ALZHEIMER est une affection de la mémoire.

Mais **La mémoire comme système unitaire n'existe pas**. Ce point de vue subsistait il y a désormais plus de 30 ans.

Elle est **multiple**, organisée en de nombreux sous-systèmes, certes interconnectés, mais néanmoins autonomes. **Nous disposons tous de nombreuses mémoires qui accomplissent chacune des tâches spécifiques.**<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> MMS : Mini Mental State élaboré par FOLSTEIN et MCHUGH en 1975: Test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Le mini mental test est employé à visée d'orientation diagnostic devant une suspicion de démence.

<sup>1</sup> Cette notion d'une subdivision de la mémoire est venue dès 1890 grâce aux chercheurs William JAMES (1842-1910) suivie de Donald HEBB (1904-1985). De nombreux modèles théoriques ont ensuite précisé cette organisation (TULVING, 1972).

<sup>2</sup> Cette notion d'une subdivision de la mémoire est venue dès 1890 grâce aux chercheurs William JAMES (1842-1910) suivie de Donald HEBB (1904-1985). De nombreux modèles théoriques ont ensuite précisé cette organisation (TULVING, 1972) ou plus récemment le modèle "Mnésie" d'EUSTACHE et Coll.

## On distingue 2 types de mémoire:

### La mémoire explicite

La mémoire explicite regroupe **la mémoire épisodique** et **la mémoire sémantique**. Cette mémoire est la première touchée par la maladie d'Alzheimer.

### La mémoire implicite

La mémoire implicite (de l'inconscient) regroupe **la mémoire procédurale** et **la mémoire implicite verbale**.

## 1. La mémoire épisodique

C'est la mémoire de notre histoire personnelle, celle de nos événements de vie les plus importants comme les plus anodins. Chacun emplit sa mémoire épisodique avec son histoire personnelle. On distingue **une mémoire épisodique à court terme (moins de 1h) et à long terme (plus de 1h)**. Dans la maladie d'Alzheimer à son stade débutant, c'est la **mémoire épisodique qui est atteinte en premier**: le patient parle normalement, évoque sans difficulté les grands événements de son passé, donne sa date de naissance mais oublie ce qu'il a fait dans les minutes ou les heures qui précèdent. La mémoire épisodique nous demande de faire un voyage dans le temps pour aller chercher les souvenirs. On constate un **effet gradient** dans la progression de la maladie : les souvenirs les plus anciens vont petits à petit être altérés. La loi de Théodore RIBOT confirme cette effet gradient<sup>1</sup>.

## 2. La mémoire sémantique

Sous ce terme, on désigne la mémoire des mots, outils du langage. Contrairement à la mémoire épisodique qui est strictement personnelle, la mémoire sémantique est commune à tous ceux qui parlent la même langue.

**Mémoire épisodique et mémoire sémantique s'expriment grâce au langage verbal** qui nous permet de communiquer nos souvenirs à notre entourage. Mais nous disposons également de **deux autres mémoires**, qui continuent à fonctionner, même lorsque nous avons perdu l'usage de la parole.

## 3. La mémoire procédurale

C'est la mémoire des "savoir-faire", mémoire motrice et corporelle, c'est à dire des automatismes (marcher, faire du vélo...). Certains patients qui ont de grosses difficultés à trouver leurs mots peuvent encore chanter très correctement par exemple. Cela s'explique par

---

<sup>1</sup> loi de Théodore RIBOT : « La destruction progressive de la mémoire suit donc une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents, mal fixés dans les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive qui, fixée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort. » (RIBOT, Th., Les maladies de la mémoire, 1881, p. 94)

le fait que leur mémoire procédurale est relativement bien préservée, alors que leur mémoire sémantique est lésée.

#### **4 La mémoire implicite verbale (de l'inconscient)**

La mémoire implicite est une mémoire automatique : nous apprenons mais nous ne nous souvenons pas. Cette mémoire est préservée, sauf dans les derniers stades de la pathologie. Les patients continuent à enregistrer les attitudes, mimiques, ambiances qui les entoure, le ton d'une voix, qui vont moduler leurs comportements. Ils ne peuvent les restituer par la parole mais en gardent une trace. Cette mémoire n'est pas affectée par la maladie (Cf. Pr Roger GIL<sup>1</sup>). Les patients restent donc sensibles à la qualité de leur environnement.

#### **Les dernières avancées médicales**

Contrairement à ce que l'on pensait jusqu'alors, **la maladie d'Alzheimer se déclenche beaucoup plus tôt, dès l'âge de 50-60 ans**. Comme l'explique le neurologue et psychiatre Harald HAMPEL : *"Le mauvais repliement de protéines de type prion\* qui en est responsable, débute silencieusement dès l'âge mûr, et ce sont uniquement les premiers symptômes cliniques qui apparaissent tardivement, vers 70-80 ans"*<sup>2</sup>.

L'identification de signes avant-coureurs, appelés **biomarqueurs**, permettrait d'identifier précocement les premiers signes de la maladie. **Une étude Française**, en cours, unique au monde appelée **"INSIGHT"**<sup>3</sup> a pour but de les identifier sur un groupe de patients sains, présentant des plaintes cognitives avec des plaques amyloïdes mais encore dans la phase débutante de la pathologie.

Les premiers résultats à ce jour de l'étude INSIGHT, montrent que **peu de lésions évoluent** jusqu'à atteindre un stade symptomatique, et que **les patients qui se plaignent le plus, ne sont pas les individus les plus à risque de développer la maladie**. Le risque de développer cette pathologie n'est pas corrélé à la fréquence et l'intensité des plaintes mémorielles du patient.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Pr Roger GIL Professeur de neurologie à l'Université de Poitiers- Cours sur la pathologie Alzheimer- DU art-thérapie-14 /02 2017.

<sup>2</sup> "Sciences et avenir: "Alzheimer : Réduire les risque est désormais possible"26/09/2014.

<sup>3</sup> INSIGHT: étude lancée depuis 2014, pour une durée de 5 ans par des équipes de l'Inserm et de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. INSIGHT fait partie de la cohorte nationale MEMENTO.

<sup>4</sup> Source : <http://www.aphp.fr/contenu/leqdm-premiers-resultats-de-letude-insight-le-risque-de-developper-la-maladie-dalzheimer>

Aujourd'hui, " *Les chercheurs ont déjà identifié des biomarqueurs spécifiques de la maladie d'Alzheimer dans le liquide céphalo-rachidien et ils continuent à en chercher de nouveaux.* " indique le Dr CHARTIER-HARLIN<sup>1</sup>.

En 2015, des chercheurs espagnols ont trouvé **des mycoses dans le cerveau chez tous les malades de l'étude**, relançant ainsi l'hypothèse d'une origine infectieuse de la pathologie<sup>2</sup>. A ce jour, il n'existe pas de preuve concluante, mais "*C'est une étude intéressante et pas du tout invraisemblable, mais qui doit être confirmée par une autre équipe*" souligne le Pr TZOURIO<sup>3</sup>.

Enfin, en 2016, l'équipe de chercheurs de Poitiers<sup>4</sup> voit dans la trans-viniférine (molécules provenant des sarments de vignes) une issue thérapeutique. Il a été démontré que ces molécules avaient de puissantes propriétés anti-inflammatoires, de désagrégation du peptide - amyloïde et atténueraient la formation des dépôts amyloïdes.<sup>5</sup>

## **1.2 L'anxiété dans la maladie d'Alzheimer**

### **Définition:**

**Anxiété et angoisse** ont une étymologie commune : "**l'étroitesse**". L'anxiété du qualificatif latin "anxius", correspond au sentiment, aux manifestations psychiques. L'anxiété se définit par un **état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente et d'appréhension d'un danger à la fois imminent et imprécis**. C'est une **manifestation émotionnelle humaine** pouvant être observée à tous âges de la vie. L'anxiété, à la différence de la peur, **survient en dehors d'une menace objective ou de façon disproportionnée**.<sup>6</sup> L'anxiété dans la MA\* pourrait être due au stress du déclin cognitif, également chez des individus présentant une vulnérabilité et des facteurs de risque, comme des antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux<sup>7</sup>. **Définir l'anxiété dans la démence est complexe du fait de la corrélation possible entre symptômes anxieux et symptômes démentiels.**

---

<sup>1</sup> CHARTIER-HARLIN, Directrice de Recherche et Présidente du Conseil scientifique de Vaincre Alzheimer-Avril 2017

<sup>2</sup> Etude réalisée par Luis CARRASCO, du centre de biologie moléculaire de Madrid et son équipe, publiée dans la revue *Scientific Reports*-Octobre 2015.

<sup>3</sup> Pr TZOURIO, Neurologue et directeur de l'unité de recherche neuroépidémiologie de l'INSERM/Université de Bordeaux.

<sup>4</sup> , J. GUILLARD, G. PAGE, F. PERRONA et A. RIOUX-BILAN

<sup>5</sup> CIMOTHEMA-Cibles moléculaires et thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer -Revue : "l'actualité chimique"-novembre 2016 N°412

<sup>6</sup> "Anxiété du sujet âgé" P. Thomas et J. Roche -Psychiatrie du sujet âgé. Edition Flammarion 1999.

<sup>7</sup> CHEMERINSKI E, PETRACCA G, MANES F. Prevalence and correlates of Anxiety in Alzheimer's disease. *Depression and anxiety* 1998,7 :166-170

### **Fréquence:**

La fréquence de l'anxiété se situerait autour de **48% tous stades confondus**. Elle peut apparaître bien avant la découverte des signes cognitifs<sup>1</sup>. La personne est consciente de ses troubles mais ne sait poser des mots sur son état, et vit avec une perplexité effrayante son rapport au monde. "Je deviens fou, je perds la tête". Cet état anxiogène est augmenté par l'incompréhension de son entourage, certaines réactions de déni. L'annonce du diagnostic permet soit de l'apaiser, en désignant sa cause, ou générer également une réaction de panique.

### **Evaluation de l'anxiété:**

Plusieurs instruments ont été validés pour évaluer l'anxiété dans cette population. Nous utiliserons pour cette étude le test d' HAMILTON<sup>2</sup>

### **Les différentes formes anxieuses:**

Dans la maladie d'Alzheimer, **les principaux syndromes anxieux** sont les suivant:

- Une présentation anxieuse ou inquiète
- Une crainte, une agitation, une nervosité, une déambulation
- Les troubles du sommeil et les plaintes somatiques\* sont moins fréquents

L'anxiété peut également prendre la forme d'attaque de panique, de manifestations phobiques, de questions stéréotypée (le patient répète inlassablement les mêmes questions), des préoccupations hypocondriaques avec demandes de réassurance constantes.

A des stades sévères de démence, l'anxiété peut se manifester par des appels à l'aide répétés, des agitations motrices, des déambulations soudaines, une tasikinésie (incapacité de rester en place) ou des fugues subites qui peuvent masquer des attaques de panique. Le syndrome de GODOT peut être présent. Il désigne le fait de suivre l'aidant ou le soignant dans tous ses déplacements<sup>3</sup>

Il est également à noter que, en fonction de l'âge de début de la pathologie MA, les sujets plus jeunes ont un plus haut niveau d'anxiété<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> JOST BC, GROSSBERG GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. J Am Geriatr Society 1996; 44: 1078-81.

<sup>2</sup> L'échelle d'anxiété d' HAMILTON, est l'un des instruments les plus utilisés. Elle a été présentée en 1959 par Max HAMILTON. Elle permet d'évaluer l'anxiété de façon quantitative, et sa sévérité. Elle établie l'anxiété somatique et psychique du sujet.

<sup>3</sup> BOULENGER J-P "les troubles anxieux", Editions Lavoisier 2014.

<sup>4</sup> GELLER DA, HOOG SL, HEILIGENSTEING JH et al. A placebo-controlled clinical trial 2001, 40 :773-779.

### **Anxiété et insight\* (prise de conscience du trouble)**

Les patients MA\* rapportent **moins de symptômes anxieux**, ce qui peut être lié à un **défaut d'insight** en lien avec cette pathologie neurodégénérative<sup>1</sup>.

### **Anxiété et conséquences:**

Les symptômes anxieux ont des conséquences majeures sur les sujets atteints de MA : une qualité de vie amoindrie, des troubles du comportement plus importants, une réduction des activités de la vie quotidienne, une santé physique altérée, des troubles du sommeil, des performances cognitives globales aux évaluations neuropsychologiques diminuées, même après avoir contrôlé l'effet d'une dépression<sup>2</sup>. **L'anxiété est donc une véritable souffrance pour le malade.**

NB : Mais comment ne pas être anxieux pour une personne qui est «perdue en permanence », ne se reconnaît pas elle-même en constatant dans un premier temps, ses troubles mnésiques, puis dans un second temps, son environnement enfin les personnes qui l'entoure ? Cf. Cyril Massarotto<sup>3</sup>

L'anxiété et ses conséquences sont aussi associées à une plus grande fréquence des entrées en institution, suggérant que cela puisse représenter une plus grande difficulté pour les aidants.<sup>4</sup> Elles ont une répercussion sur l'entourage et contribuent à une situation d'épuisement plus importante.

### **Traitements de l'anxiété :**

Pharmacologique Les anxiolytiques sont utilisés en association avec des antidépresseurs.

Les prises en charges non médicamenteuses Les soignants sont aujourd'hui plus attentifs à cette souffrance anxieuse présente dans la maladie d'Alzheimer. A la suite du dernier plan Alzheimer, 2014-2019, des unités spécialisées dans la prise en compte de la souffrance psychique ont été ouvertes en France. La thérapie cognitivo-comportementale\* (TCC) montrent également une bonne efficacité<sup>5</sup>. L'ergothérapie\* et l'art thérapie se développent progressivement<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> BANDURA A. Self - efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev, 1977, 84 : 191-215

<sup>2</sup> KRYSTAL JH, TOLIND F, SANACORA G et al.. Neuroplasticity as a target for the pharmacotherapy of anxiety disorders-2009, 14 : 690-697.

<sup>3</sup> MASSAROTTO C « Le premier oublié » - Xo Edition-2012

<sup>4</sup> BARRET PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. J Clin Child Psychol, 1998, 27 : 459-468.

<sup>5</sup> GODFRIED Michel "Les maladies mentales de l'adulte " -Edition Presse universitaire-2014

<sup>6</sup> Source : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/09/20/19103-alzheimer-souffrance-morale-mieux-prise-compte>

### 1.3 L'estime de soi dans la maladie d'Alzheimer

**Définition:** "L'estime de soi est le sentiment plus ou moins favorable qu'une personne éprouve envers ce qu'elle ou ce qu'elle croit être. C'est donc le sentiment de la valeur de soi"<sup>1</sup>.

#### Les manifestations de l'estime de soi:

L'estime de soi se manifeste sous plusieurs angles, comme le définit la psychologue J. SAYEGH<sup>2</sup> :

- **la connaissance de soi** que l'on appelle **Le Self**: connaître ses goûts, ses aptitudes.<sup>3</sup>
- **Le sentiment de compétence dans différents domaines**: connaître ses capacités à leur juste valeur, accepter une compétence moindre sur des domaines moins familiers.
- **Le sentiment d'une identité propre, une conscience de soi** : se reconnaître entier, en cohésion avec nous même. (Etymologiquement, le mot conscience issu du latin "cum scientia" signifie " savoir ensemble ", "savoir rassembler ").

" *Conscience ajoute à science ceci que les connaissances sont ensemble* ", Cf. le philosophe français ALAIN 1936.

De conscience de soi, on ne peut qu'évoquer le « cogito » de DESCARTES : « *Cogito ergo sum* » : « *Je pense, donc je suis* ».

- **L'opinion de soi** : évaluation de nos qualités et défauts, compétences et limites.
- **La façon de se traiter soi-même**: respecter ses besoins, les droits que l'on s'accorde, savoir prendre soin de nous-mêmes.
- **La façon de permettre que les autres nous traitent** : savoir placer des limites, se faire respecter, s'affirmer, trouver un équilibre entre le besoin des autres et de nous-mêmes, être tolérant.

---

<sup>1</sup> Le Bulletin Posaction : "la construction de soi"- 2012  
<http://www.ageem.fr/files/389/grdijonpap24091-d-finitif.pdf>

<sup>2</sup> J. SAYEGH "Les clés de mon bien-être" 2012 <http://www.psychologuesaint-brunorive-sud.com/les-cles-de-mon-bien-etre/module-de-l-estime-de-soi/c-est-quoi-avoir-une-bonne-estime-soi/>

<sup>3</sup> Cf. JAMES William, à qui l'on doit les premières conceptions psychologiques du Soi, le Moi spirituel ou le Moi mental désigne l'ensemble de tous les états de conscience de l'individu, de ses tendances psychiques (dons ou aptitudes). Le Soi agent correspond quant à lui au Je, la structure agissante qui organise et oriente la conduite. Il donne le sentiment d'être Soi. (JAMES-1939).

Il est à noter que Charles Horton COOLEY, sociologue américain, avait une conception complémentaire du Soi. Il envisage **le Soi miroir**, celui-ci me renvoie ce que les autres voient de moi.

### *Evaluation de l'estime de soi:*

L'échelle scientifique d'hétéro-évaluation d'estime de soi ROSENBERG<sup>1</sup> est la plus utilisée. Nous la choisirons dans le cadre de ce protocole.

### *Conscience de Soi et maladie d'Alzheimer:*

La maladie d'Alzheimer atteint la conscience de soi. **Les interactions entre le Soi et le Monde** sont lésées par les difficultés portant sur le langage, les gestes, les capacités d'interprétation des informations sensorielles.

Arthur TATOSSIAN, psychiatre français, a fait ce même constat, en émettant l'hypothèse que la démence compromet la conscience de Soi, le vécu du malade perdant ses références biographiques et spatio-temporelles.

La maladie d'Alzheimer entraîne donc non seulement des troubles de la mémoire, mais aboutit à une détérioration de l'intellect et de la personnalité de la personne.

Toutefois, une étude des diverses facettes de la conscience de Soi dans une population de malades Alzheimer<sup>2</sup> avait ainsi pu montrer que, s'il y avait bien une atteinte de la conscience de soi, cette atteinte n'était pas globale mais parcellaire. Ainsi, les connaissances des sujets sur leur identité, leur conscience du schéma corporel, et même la compréhension de leur état affectif étaient moins souvent atteintes que la conscience de leur maladie.

Pour conclure, il nous semble que l'estime de soi paraît être un **effet secondaire, une conséquence des troubles anxieux**.

En effet, le patient présentant des troubles anxigènes dévastateurs aussi bien physiologiques que psychiques, semble ne pouvoir que développer une image négative de lui-même.

---

<sup>1</sup> Le test d'estime de soi de ROSENBERG est un des plus connus et des plus utilisés dans le domaine de l'évaluation de l'estime de soi. Publié en 1965, il n'a cessé d'être un outil de référence

<sup>2</sup> GIL R, AROYO-ANLLO EM, INGRAND P, GIL M, NEAU JP, ORNON C, BONNAUD V. Selfconsciousness and Alzheimer's disease. Acta Neurol Scand 2001;104:296-300.

## **1.4 Le choix du médium : les Art-Plastiques amenés par la musique ou l'odorat-Thérapie**

### **Les arts-plastiques**

Le terme « arts plastiques » est issu du grec « plassein » signifiant « former ».

Il désigne **toute forme artistique agissant sur la matière en évoquant des formes, des représentations.**

Cette expression serait introduite au XVIIIe siècle par Emmanuel KANT, philosophe, qui inscrit cette discipline dans la tradition philosophique en l'identifiant **aux arts de la forme.**

Les arts plastiques **forment une activité qui peut être pratiquée sans avoir recours au langage des mots** et peut ainsi **favoriser l'expression** de personnes qui n'ont pas accès à ce mode communicatif.

Il utilise divers médias et techniques artistiques, tels le dessin, la peinture, le modelage sur différents supports, papiers ou écrans par exemple.

La plupart des techniques utilisées sont **simples et adaptables** pouvant répondre ainsi **aux limitations pratiques des patients.**

La peinture, le collage, le graphisme sollicitent **plusieurs organes sensoriels, tels la vue, l'ouïe et le toucher.**

La vue permet de contempler les formes et les couleurs produites.

L'ouïe amène les sons que provoque l'utilisation des outils et des supports.

Le toucher anime des sensations différentes selon les matériaux utilisés, doux, rugueux, lisses, gras, secs, humides ...

**Ces sensations provoquent des réactions** impliquant des mécanismes de pensées particuliers. Ils conduisent la personne **à émettre des choix, des intérêts ou non.** Cette capacité à émettre un choix peut être une **première étape sur la prise de décision et conduire à maintenir ou reconstruire une certaine forme d'autonomie.**

Cette diversité de matériaux et de techniques nous a donc semblé propice via sa maîtrise, la connaissance de ses bénéfices et de ses limites. Cette conscience nous a permis de facto, de **l'adapter aux aptitudes et aux intérêts propres du patient.**

Les arts plastiques ont d'ailleurs démontré leurs vertus sur de nombreuses prises en charge art-thérapeutiques sur des patients présentant cette pathologie.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cf. pour exemple le mémoire DU art-thérapie de HSU Nai-Wen en 2013: "une expérience d'art-thérapie par les arts-plastiques menée auprès de personnes âgées souffrant de démence de type Alzheimer".)

Nous avons appris, par Mme. M.T. ESNEAULT- Art-thérapeute - et Mme C. PAIN- Enseignante à la faculté de médecine de Poitiers, que **l'alliance avec d'autres médiums permettait une plus grande efficacité de résultat.**

Ainsi, nous avons ajouté à chaque début de séance, **la musique** favorisant le plaisir de l'écoute d'une mélodie appréciée et reconnue par le patient, et **l'odorat-thérapie** pour l'éveil des souvenirs qu'elle suscite.

### Musique et musicothérapie

La musique est le média le plus consommé au monde. Elle existe depuis le paléolithique.

Son objectif était **d'harmoniser l'individu à son environnement** (social, religieux, cosmique). Certaines musiques ont conféré un véritable pouvoir anxiolytique<sup>1</sup>. On peut donc en déduire que la musique était déjà une forme de thérapie.

Au 19<sup>ème</sup> siècle, la musique se développe avec la naissance de la psychiatrie. Grâce au Dr Philippe PINEL, considéré comme l'un des précurseurs de la psychiatrie, **"Les déments ne sont plus considérés comme des aliénés incurables à éliminer mais comme des malades"**<sup>2</sup>. La musique est alors considérée comme **un moyen de calmer les agités, de stimuler les apathiques ou permet de chasser « les idées noires ».**

Selon la définition de l'OMS\*, **la musicothérapie** utilise la musique comme un outil thérapeutique pour restaurer, maintenir ou même améliorer la santé sur différents plans à la fois physique, psychologique, cognitif, social et spirituel. Il existe la musicothérapie active, qui consiste à faire jouer de la musique au patient, mais la simple écoute musicale peut déjà avoir de effets thérapeutiques.

A partir des années 1950, Jacques JOST<sup>3</sup>, pionnier en France de la **musicothérapie**, s'intéresse à la musique qui favoriserait **l'harmonie corps et âme, donc déjà, un certain apport de bien-être. Ce qui suppose un impact cérébral bénéfique.**

### En effet, la musique possède également de nombreux intérêts sur le cerveau.

Comme le souligne Hervé PLATEL, neuroscientifique<sup>4</sup>: *"La musique est une récompense pour notre cerveau. Il exerce une **régulation émotionnelle, une stimulation cognitive**".*

---

<sup>1</sup> Cf. Le tableau "DAVID jouant de la harpe pour soulager l'esprit du roi SAUL" « *heure à l'usage de Rome* », BM Besançon, 1480-1485.

<sup>2</sup> Cf. le tableau de Charles Louis MULLER « Pinel délivrant les aliénés à Bicêtre » 1793, Académie Nationale de Médecine.

<sup>3</sup> En France, dès 1954, JOST pose l'hypothèse qu'on peut soigner avec la musique. Pendant 18 ans, il a réalisé l'étude et l'application des techniques psychomusicales en psychiatrie, en collaboration avec les docteurs GUIHOT et GARNIER. Il met en place un test de réceptivité musicale qui peut être utilisé avec des patients en séance de musicothérapie.

<sup>4</sup> Hervé PLATEL, neuroscientifique, lors de la conférence "la semaine de la mémoire" en septembre 2016, Paris.

Selon les auteurs- FUKUI et TOYOSHIMA (2008)- " *L'écoute musicale pourrait avoir des répercussions sur la plasticité anatomique et fonctionnelle du cerveau*".

**La musique serait donc un médium stimulant et bénéfique pour notre cerveau.**

**Elle ferait appel également à plusieurs mémoires :**

Cécilia JOURT-PINEAU, Musicothérapeute, a mis en lumière plusieurs mémoires à travers ce médium: <sup>1</sup>

- La mémoire sémantique musicale : Elle nous permet d'avoir un sentiment de familiarité: A l'écoute de quelques notes, nous serions peut-être capable de reconnaître le morceau, de le fredonner.

- La mémoire procédurale : Elle est la plus utilisée par les musiciens : c'est celle du savoir faire, mais sans y penser.

Ces deux types de mémoires sont, comme nous l'avons vu précédemment, encore persistantes en début et stade modérément sévère dans la MA\*. Les patients peuvent donc y avoir recours et les travailler via ce médium.

**De plus, la musique contribuerait à apporter un sentiment de bien-être sur le malade, une détente, donc une diminution de l'anxiété.**

Comme le démontre une étude rétrospective sur "La maladie d'Alzheimer et concerts de musique classique" qui a été menée par M.. CHONG-FAH-SHEN Kévin dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en médecine à la faculté de Poitiers, en 2016. L'objectif était d'évaluer le ressenti des patients et des aidants suite à l'écoute de deux concerts. Il en a résulté **des effets bénéfiques avec un sentiment de bien-être** qui a duré de quelques heures à quelques jours pour la majorité des patients.

La musicothérapie, via l'écoute, la pratique ou le chant, que nous avons pratiqué dans le cadre de ce protocole, a eu pour objectif d'induire **un relâchement , une relaxation, voir un lâcher-prise du patient**. Favoriser donc une diminution de sa souffrance anxieuse. Elle a également **permet d'aboutir à une verbalisation** d'un sujet de création propre à l'intérêt de celui-ci avant la pratique des art-plastiques.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.observatoireb2vdesmemoires.fr> PLATEL: "Mémoire artificielle et musicothérapie". JOURT-PINEAU Cécilia - Musicothérapeute. H.I.A du Val de Grâce, Service d'oncologie et Radiothérapie. Membre de la Confédération Européenne et Mondiale de musicothérapie. juin2013

<sup>2</sup> Une étude réalisée en EHPAD\* a montré une diminution de 50% des scores de l'anxiété chez les patients ayant bénéficié de musicothérapie-GUETIN S, PORTET F, PICOT MC, POMMIE C, MESSAOUDI M, DJABELKIRL, et al. « *Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study.*» Dement Geriatr Cogn Disord. 2009; 28(1): 36-46.

## L'odorat- thérapie

L'odorat thérapie est une pratique paramédicale aidant à l'éveil de souvenirs.

*"L'odeur est mise en mémoire pour que son évocation rappelle la scène tout entière, comme pour la madeleine de Proust"* Marie-Thérèse ESNEAULT, art-thérapeute.

Grâce à notre système olfactif complexe et très développé, le nez a le pouvoir **de mémoriser chaque odeur** afin de constituer notre **mémoire olfactive**. L'environnement et la culture de chacun viendront le former in utéro, et les odeurs quotidiennes formeront progressivement notre collection olfactive, le tout **dans un contexte émotionnel**.<sup>1</sup>

Chaque odeur révèle ainsi, pour chaque individu, une émotion particulière.

Comme l'indique Rachel HERZ, psychologue<sup>2</sup>: *"Notre sens de l'odorat est exceptionnellement sentimental "*

**La mémoire olfactive permet donc de faire ressurgir des souvenirs lointains et émotionnels.** Elle est résistante au temps, car le cerveau enregistre les odeurs dans un contexte global: associée à des lieux, des instants, des personnes.

*"Les odeurs ont une capacité plus puissantes et plus émotionnels que les stimuli visuels ou auditifs"* Cf. Johan WILLANDER et Maria LARSSON, psychologues.<sup>3</sup>

Comme les émotions sont préservées chez le patients atteints d'Alzheimer, l'odeur permet de rétablir un souvenir, donc d'activer du même temps, sa mémoire sémantique et procédurale.

L'odeur **stimule aussi la mémoire des perceptions sensorielles, aide la personne à plonger dans des souvenirs agréables** et peut de ce fait, **amorcer un sujet de création**.

Tout comme la musicothérapie, l'apport d'odeurs a contribué, dans ce protocole, à la relaxation et l'échange relationnel avant le départ à la création par les arts-plastiques.

*"Stimuler ce sens pour modifier les comportements, pour améliorer l'humeur, pour favoriser la relaxation"*.<sup>4</sup> Cf. Elise PAQUEREAU dans sa thèse doctorale de Pharmacie-Poitiers.

**Cet ensemble-arts plastiques amené par la musique et l'odorat-thérapie** semble former un large **médium élastique et adaptable**. Les activités artistiques montrent selon Hervé PLATEL, professeur de neuropsychologie à l'université de Caen, *"Un véritable bénéfice pour*

---

<sup>1</sup> PAQUEREAU Elise. : Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie : "L'influence des odeurs sur le comportement humain".2017. Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers.

<sup>2</sup> HERZ Psychologue à l'Université de Brown, USA "Au cœur des odeurs".Jonathan Mueller - Revue Française de psychanalyse,03/2006, p246.

<sup>3</sup> Cf. WILLANDER J., LARSSON M., *Olfaction and emotion : The case of autobiographical memory*,Memory and cognition, 2007, 35, 1659-1663.

<sup>4</sup> PAQUEREAU Elise. : Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie : "L'influence des odeurs sur le comportement humain".2017. Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers.

la réserve cognitive et aident à améliorer les performances sur les tests exécutifs : planifications, attention, inhibition".

Enfin, selon Ajan CHATTERJEE, professeur de neurologie à la faculté de médecine de Pennsylvanie <sup>1</sup>, **l'expérience esthétique vécue par les arts serait liée à l'interaction entre trois systèmes neuronaux** (Cf. Fig1)

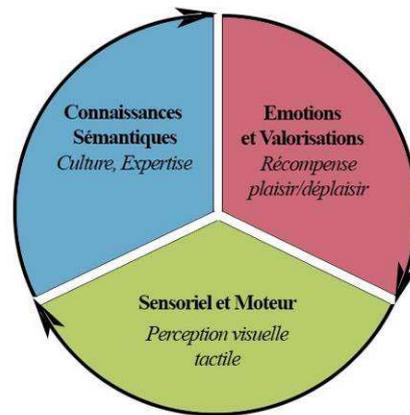


Figure 1 Interaction entre trois systèmes nerveux

Ces trois systèmes neuronaux furent ceux là même activés en séance via les médiums par leurs intérêts et bénéfices qu'ils confèrent.

### **1.5 L'intérêt de l'Art-Thérapie et le choix des objectifs thérapeutiques de ce protocole**

#### **Intérêt et opinion de l'art-thérapie avec la MA\***

La thérapie est un soin, l'art un moyen d'expression. L'art-thérapie utilise le processus artistique tel un médiateur. La MA\* affecte la communication par un appauvrissement du langage. L'art-thérapie propose une forme de communication non verbale qui s'adapte aux aptitudes de la personne, utilise ses potentialités, et réactive les capacités altérées. Le patient peut à nouveau produire une expression d'elle-même, grâce à l'écoute attentive et la confiance développée par la relation soigné/soignant. Privée des capacités de mémorisation, désorientée, la personne est envahie par l'insécurité et l'anxiété qu'elle lui génère. L'art-thérapeute écoute, rassure, conforte, explique, apaise. L'art est un espace de liberté dans le quotidien amoindri de la personne.

Exclue du courant social, placée parfois en institution, le malade Alzheimer retrouve identité, force et ressources dans l'intimité de ses émotions, grâce à cette activité artistique et expressive. Cette expression se développe et devient plaisir avec le résultat d'une trace, d'une production. De personne objet de soins, elle devient sujet vivant et individualisé.

---

<sup>1</sup> CHATTERJEE A et VERTANIAN O. Neuroesthetics. Trends in Cognitive Science 2014 ; 18 : 370

### Explications du choix des objectifs thérapeutiques via un stage en bénévolat

C'est en effectuant un stage en bénévolat pendant 2 mois, à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)- "Foyer Roger Cardinaud"- de Barbezieux, sous la direction de Mme TERRASSIER Laurence, sa directrice, que nous avons dans un premier temps, pu observer la pathologie Alzheimer. Nous avons alors pris conscience de sa **complexité, son évolution propre en fonction du malade** et de son passif. Nous avons débuté des premiers items et des séances art-thérapeutiques sur 6 patients à des stades débutants à modérés. Nous y avons constaté que **l'anxiété et par découlement l'estime de soi était une véritable problématique**. En effet, l'ensemble des personnes semblaient présenter une **souffrance anxieuse importante** et éprouvaient un **authentique sentiment d'inutilité**. La pratique d'une vingtaine d'intervention art-thérapeutiques via l'utilisation des arts-plastiques a démontré, par les transmissions pluridisciplinaires de l'établissement (dirigeante, infirmières et aides soignantes) une **amélioration de la souffrance anxieuse des patients**. L'art-thérapie nous a donc semblé être une discipline montrant une véritable efficacité. C'est pourquoi, nous avons voulu l'étendre à un stade plus avancé de la pathologie, là où cette discipline présente peu de témoignage. Le Dr Chaumier, Neurogériatre, nous a permis d'en établir un protocole de recherche.

## 2 MATERIELS ET METHODES

### 2.1 MATERIELS

#### Lieu du stage et présentation de l'établissement, des structures et du personnel

Ce stage fut pratiqué au sein de la résidence pour personnes âgées (RPA), sise route de St Bonnet à Barbezieux St Hilaire-16300, dans les structures suivantes:

- Accueil de jour Alzheimer : **AJA\***
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : **EHPAD\*-Unités 1 et 4**
- Unité d'hébergement renforcée : **UHR\*-Unité 2**

La RPA\*, dirigée par Madame MANEZ, compte 200 lits. Elle est située au centre d'un complexe médical auquel s'ajoute l'hôpital Sud Charente et le Trèfle, foyer d'accueil médicalisé pour adultes.

**L' AJA (Accueil de jour Alzheimer)** a une capacité d'accueil de 10 patients jour, ouvert de 10 h à 16h, 4 jours par semaine, encadré par 2 AMP\* (aide médico-psychologique) et 1 AS\* (Aide-soignante).

**L'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante) -Unité 4** compte 28 patients, 1 médecin chef de service DR BOUKEROU, 11 AS\*/ASH, 3 infirmières (de jour).

**L'UHR\* (Unité d'Hébergement renforcé) -Unité 2** regroupe 17 patients, 1 médecin chef de service DR BOUKEROU, 15 AS\*/ASH (Agent des Services Hospitalier), 4 infirmières (de jour).

(L'ensemble de ces données ne compte que les unités où le stage s'est déroulé.)

## PROTOCOLE

### Avant-propos

Ce stage a débuté dans la structure de l'AJA\* du Centre hospitalier Sud Charente. Après 15 jours d'intervention, et suite à nos observations et celles de l'EHPA de Barbezieux, lors du stage en bénévolat, il nous fût proposé par son dirigeant, le Dr CHAUMIER, Neurogériatre, de réaliser un protocole de recherche médicale sur l'ensemble des structures de la RPA .

Cette opportunité nous a ouvert non seulement la voie sur un cadre et une démarche scientifique, mais aussi sur une étude approfondie de la prise en charge de la pathologie Alzheimer dans toutes les unités qui lui sont dédiées.

NB Ce protocole fût validé en amont des PES\* par Le Dr CHAUMIER, Neurogériatre, le DR BEKLOUF, Gériatre, notre encadrant de stage, et Mme BONNAUD Psychologue et Chercheuse en neuroscience, notre tutrice.

Il a été fourni à l'ensemble des responsables de structures afin que ces derniers établissent une liste de patients correspondante à la population définie.

L'hypothèse de travail est la suivante :

### **"L'art-thérapie améliore t- elle la souffrance anxieuse des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou l'estime de soi?"**

**Objectif thérapeutique intermédiaire :** Réduction de la souffrance anxieuse.

**Objectif thérapeutique général :** Revalorisation de l'estime de soi.

### Population

#### Critères d'inclusion :

- Maladie d'Alzheimer (DTA) au stade modérément sévère (MMSE 19 - 10)
- Patient présentant des troubles anxieux +++.

#### Critères d'exclusion :

- Refus du sujet de participer aux séances.
- Troubles importants de la compréhension.
- Déficience auditive et visuelle importante et non corrigée empêchant une bonne communication.
- Troubles du comportement sérieux (SCPD) pouvant nuire au déroulement de la séance.

### Election des patients

L'élection des patients se fera à partir de l'UHR\*, l'EHPAD\* et l'AJA\* du CH Sud Charente. L'objectif est de constituer un groupe de douze patients qui seront répartis en deux groupes par tirage au sort. L'un bénéficiant de séance d'art-thérapie en plus des soins habituels, l'autre servant de groupe témoin. Ces patients ont tous un MMSE et un NPI datant de moins de 6 mois.

### Création de fiche d'ouverture

Une fiche d'ouverture sera réalisée par l'art-thérapeute pour chaque patient en prise en soin PES\*. Celle-ci comporte l'ensemble des éléments importants de celui-ci avant sa prise en charge, communiqués par l'équipe soignante et le dossier médical tels, sa biographie, ses centres d'intérêts, sa pharmacologie, son anamnèse, les difficultés signalées et l'ensemble des tests et échelles d'évaluations effectués. L'art-thérapeute utilisera des échelles d'hétéro évaluation (Évaluation d'un patient par une tierce personne) et évaluation : **Echelle d'HAMILTON** pour l'anxiété et **l'échelle de ROSENBERG** pour l'estime de soi réalisées par une neuropsychologue et une psychologue des services. L'ensemble de ces documents serviront pour l'évaluation initiale et seront réitérés pour l'évaluation finale.

### Entretien personnel

La fiche d'ouverture sera affinée et complétée avec un entretien individuel du sujet. Cet entretien permet d'établir un premier contact, connaître les centres d'intérêts de la personne et définir un médium adapté à ses goûts et ses capacités pour sa future séance d'art-thérapie. Il permet aussi d'identifier l'état de base à l'instant T du patient.

### Déroulement d'une séance

L'art-thérapeute se servira de la fiche d'ouverture et de l'entretien du sujet pour réaliser une séance individuelle, personnalisée et adaptée. Avant chaque séance, un entretien oral avec l'équipe sera réalisé afin de connaître les transmissions essentielles de chaque patient. Un échange avec ce dernier sera effectué afin de s'assurer de son accord et de son état. Différents médiums seront proposés tels la peinture, le dessin, le collage, l'écriture, la musique, le chant, l'odorat-thérapie. Le matériel sera fourni par l'art-thérapeute. Pendant la séance, il s'assurera du bien-être du patient et s'adaptera à lui en changeant de médium si besoin. En fin de séance, il prendra en compte une demande spécifique de ce dernier ou amorcera une proposition de séance suivante. La durée d'une séance est de 1h environ et se déroulera dans la salle d'activité de chaque structure, ou en chambre en fonction de l'état de la personne. Les jours et horaires fixes seront privilégiés et indiqués aux équipes pour tenir compte de l'organisation générale de la structure. Il a également pour but d'instaurer un "rituel", et de faciliter la cognition du patient. Ils peuvent être notés en chambre si besoin. 8 séances seront prévues par sujet. Les fréquences des séances seront les suivantes : 1 fois par semaine pour les 4 premières, puis 2 par semaine pour les autres. Ce doublage de fréquence permettra de connaître l'impact ou non sur l'objectif thérapeutique fixé.

### Création d'une fiche d'observation

Une fiche d'observation sera réalisée après chaque séance établissant : Les aspects abordés- Les techniques artistiques employées- La méthode envisagée- Le détail de la séance - Une évaluation de différents items relatifs à la cognition, l'anxiété et l'estime de soi, issue des échelles scientifiques choisies et des items spécifiques à l'art-thérapie. Un compte-rendu concis de chaque séance sera fourni à l'équipe, sur le dossier médical du patient, dans la partie "soins secondaires", afin de faciliter les transmissions.

## Evaluation finale

Une réévaluation complète : NPI, échelle d'Hamilton et Rosenberg sera de nouveau effectuée en fin de protocole, afin d'évaluer l'impact ou non de l'art thérapie sur les objectifs visés. Un bilan sera fourni par l'art-thérapeute à l'équipe soignante de chaque structure. Ce dernier sera présenté à chaque chef de service des 3 structures pour validation.

## 2.2 METHODE

### ETUDE DE CAS:

#### Présentation des patients retenus

Les 12 patients ont intégré le protocole comme prévu. Tous ont donné leur accord pour 8 séances d'art-thérapie. Dans un but d'équilibre et de validité scientifique, les personnes furent du même nombre, dans chaque structure, avec des scores homogènes avant la prise en charge art-thérapeutique. Les tableaux présentés ci-dessous le confirment.

6 patients ont été élus pour bénéficier de PES\*. Le tirage au sort a été effectué sous la direction du Dr BEKLOUF. Les 6 autres individus furent nommés, par conséquent, patients témoins.

3 études de cas vont être présentées dans cette recherche, pour leur répondant aux nouveaux encodages, qui seront expliqués en discussion.

#### Scores des tests scientifiques des 3 patients élus présentés en étude de cas avant PES\*

##### Mme A AJA :

<b>MMSE : Stade modérément sévère = 19 - 10</b>	<b>NPI + Item anxiété seule</b>	<b>HAMILTON : Seuil admis pour une anxiété significative = 20</b>	<b>ROSENBERG Score entre 25 et 31 = estime de soi faible</b>
<b>10</b>	<b>22 -12</b>	<b>23</b>	<b>27</b>

##### Mme G EHPAD :

<b>MMSE : Stade modérément sévère = 19 - 10</b>	<b>NPI +Item anxiété seul</b>	<b>HAMILTON : Seuil admis pour une anxiété significative = 20</b>	<b>ROSENBERG Score entre 25 et 31 = estime de soi faible</b>
<b>16</b>	<b>51-12</b>	<b>26</b>	<b>31</b>

**M. B UHR :**

<b>MMSE : Stade modérément sévère = 19 - 10</b>	<b>NPI +Item anxiété seul</b>	<b>HAMILTON : Seuil admis pour une anxiété significative = 20</b>	<b>ROSENBERG Score entre 25 et 31 = estime de soi faible</b>
<b>12</b>	<b>82 -9</b>	<b>24</b>	<b>31</b>

**Scores des tests scientifiques des 3 patients élus non présentés en étude de cas avant PES\***

	<b><u>MMSE</u></b>	<b><u>NPI+ anxiété seule</u></b>	<b><u>HAMILTON</u></b>	<b><u>ROSENBERG</u></b>
<b><u>Mme C (AJA)</u></b>	<b>14</b>	<b>36-12</b>	<b>28</b>	<b>24</b>
<b><u>Mme F (EHPAD)</u></b>	<b>19</b>	<b>45-9</b>	<b>23</b>	<b>29</b>
<b><u>Mme M (UHR)</u></b>	<b>12</b>	<b>57-12</b>	<b>24</b>	<b>27</b>

**Scores des tests scientifiques des 6 patients témoins au démarrage du protocole**

	<b><u>MMSE</u></b>	<b><u>NPI+ anxiété seule</u></b>	<b><u>HAMILTON</u></b>	<b><u>ROSENBERG</u></b>
<b><u>Mme V (AJA)</u></b>	<b>16</b>	<b>29-12</b>	<b>36</b>	<b>23</b>
<b><u>M. L (AJA)</u></b>	<b>17</b>	<b>25-12</b>	<b>31</b>	<b>24</b>
<b><u>Mme A (EHPAD)</u></b>	<b>16</b>	<b>14-12</b>	<b>27</b>	<b>31</b>
<b><u>M. R (EHPAD)</u></b>	<b>19</b>	<b>58-12</b>	<b>26</b>	<b>30</b>
<b><u>M. A (UHR)</u></b>	<b>10</b>	<b>12-12</b>	<b>25</b>	<b>27</b>
<b><u>Mme G (UHR)</u></b>	<b>12</b>	<b>53-11</b>	<b>24</b>	<b>29</b>

### Sélection des items d'observation pour le protocole et explications de ces choix

Nous avons choisis **4 items** issus de chaque échelle scientifique choisie : **2 items** relevant d'**HAMILTON** pour évaluer l'anxiété, et **2 items** de **ROSENBERG** pour scorer l'estime de soi. (Les items relevant de ces tests ont été choisis en priorité, car ils montrent des scores particulièrement élevés lors de l'évaluation des individus, en amont des séances art-thérapeutiques).

Nous avons employé **4 items propres à l'art-thérapie** pour les mêmes objectifs visés et les mêmes constatations

### ANXIETE

#### - Items relevant de l'échelle scientifique HAMILTON :

**Item 7 = Anxiété somatique :** Symptôme somatiques généraux (musculaires) : Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques(successives) - Grincements des dents - Voix mal assurée.

→ Nous appellerons cet item: Tension/agitations musculaires.

**Item 2 = Anxiété psychique :** Tension : Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place

→ Nous appellerons cet item : Anxiété verbalisée

#### - Items propres à l'ART-THERAPIE:

##### Anxiété somatique :

→ Nous appellerons cet item: Expression faciale négative (tensions faciales)

##### Anxiété psychique :

→ Nous appellerons cet item: Apathie (perte d'intérêt, de plaisir)

### ESTIME DE SOI

#### - Items relevant de l'échelle scientifique ROSENBERG :

**- Items 3:** Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)

→ Nous appellerons cet item: Sentiment d'inutilité et/ou d'infériorité

**- Items 5.** Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.

→ Nous appellerons cet item: Manque de satisfaction de soi

### **Rappel des cotations ROSENBERG**

<b>Tout à fait fait</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Plutôt en accord</b>	<b>Tout à en accord</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

→ **Nous traduirons cette cotation sous la forme : 4 : Forte / 3 : Moyenne / 2 : Légère / 1 : Absente.**

### **- Items propres à l'ART-THERAPIE:**

→ Besoin d'écoute et /ou de rassurance

→ Déplaisir / Insatisfaction esthétique de la production

**Cotations : 4 : Forte / 3 : Moyenne / 2 : Légère / 1 : Absente.**

### **PRESENTATION DES 3 ETUDES DE CAS ET DETAIL DES SEANCES**

**1-AJA\* : Mme A, 2-EHPAD\* : Mme G, 2-UHR\* : M. B**

#### **AJA\* - Mme A :**

**Biographie** : Mme A est âgée de 88 ans. Mariée, elle a une enfant unique Estelle et une petite fille Louison dont elle parle souvent. Elle a travaillé à la poste pendant toute sa vie active. Elle pratiquait le piano dans sa jeunesse et regrette de ne plus en faire.

**Centres d'intérêts** : La lecture, la peinture et le dessin, la musique classique et populaire particulièrement Charles Trenet. Sujets appréciés : Les fleurs, le jardin et la nature.

**Anamnèse** : PTH G (prothèse de hanche gauche) en 1987, PTH D (prothèse de hanche droite) en 2016, rhumatismes, pathologie ostéo-articulaire (lombalgie, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, ostéoporose, Troubles musculo-squelettiques). MA fin 2016. SCPD caractérisés par une Anxiété +++, Agitation, irritabilité/ instabilité de l'humeur.

**Pharmacologie et Posologie** : (Informations sur les médicaments via eureka.vidal.fr )

**LOVENOX 4000 UL** : 0-0-1 Anticoagulant: Il empêche la formation ou l'extension des caillots dans les vaisseaux sanguins.

Effets secondaires: Hémorragies de gravité variable, baisse des plaquettes sanguines, réactions allergiques rares.

**SERESTA 10 mg** : 0.5-0-0.5 Anxiolytique (tranquillisant). Il est utilisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants (anxiété généralisée, crise d'angoisse...).

Effets secondaires: Sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence (en particulier chez la personne âgée), ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double.

**LAMALINE 1-1-1-1** Antalgique associé du paracétamol, qui empêche la transmission de la douleur, un opiacé (extrait d'opium), qui agit directement sur le cerveau, et de la caféine.

Effets secondaires: Constipation, réaction allergique (rare), risque d'insomnie.

**THERALENE 40 mg** : 0-0-0-1 Neuroleptique (Médicament qui agit sur le système nerveux, utilisé dans le traitement des psychoses caractérisées par l'agitation et l'excitation).

Effets secondaires: Somnolence, sécheresse buccale, troubles de la vue, blocage des urines, constipations, palpitations cardiaques, vertiges, tremblements, mauvaises coordination des mouvements.

**Difficulté signalée par l'équipe** : Verbalisation à répétition du désir de rentrer chez elle après le repas. Souhaite appeler son mari ou sa fille pour venir la chercher.

**Difficulté signalée par la patiente pendant l'entretien individuel** : Les 15 jours passés dans la structure en amont du protocole ont permis d'établir un très bon contact relationnel avec Mme A et connaître ses centres d'intérêts. Nous assisterons avec elle, avant et pendant le protocole, aux repas thérapeutiques, réaliserons des ateliers culinaires en collaboration avec la psychomotricienne afin de renforcer la relation, d'observer son comportement en groupe, sa gestuelle notamment sa praxie fine. Les éléments retenus nous permettront d'obtenir des données dans un cadre différent de la prise en charge individuelle. Mme A est une personne très sociale, joviale et souriante le matin. Elle semble bien intégrée au groupe, malgré une entrée assez récente (fin décembre 2016). Elle s'entend particulièrement bien avec Mme C, de tempérament plus effacé. Mme A emploie uniquement le tutoiement et son enthousiasme matinal a sans doute favorisé sa bonne intégration. Comme un "rituel", en fin de repas, elle développe dans un premier temps, des tensions musculaires importantes corporelles et faciales: Ses yeux semblent apeurés, parfois au bord des larmes, et naviguent en mouvements rapides de gauche à droite. Ses mains se raidissent sur la table et les doigts sont agités. Puis Mme A va exprimer en boucle sa demande de retour et quitter la table pour récupérer ses affaires. La prise en charge Art-thérapeutique se fera dans ce contexte. L'établissement en amont d'un bon contact relationnel, associé à une confiance établie ont donc été indispensables, malgré l'intérêt de la patiente de participer à une PES\* individuelle.

Pendant l'entretien, en amont des séances, elle nous indique prendre conscience de ses troubles "*Je sais que je me répète, mais je n'arrive pas à faire autrement, c'est plus fort que moi*". Un fort besoin d'écoute et de rassurance est notable.

Prise en soin de Mme A

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
1	En larme pendant le repas, Mme A boucle sa demande de retour dans un langage "haché". Sa respiration est courte. Elle paraît rassurée par l'entrée en séance "Oh, ma petite, te voilà ". Pour aider à l'apaiser, une mise en place des lieux fût nécessaire : nous disposerons ses affaires dans son champs visuel, et placerons une pendule à proximité afin d'accentuer sa rassurance (Mme A indique régulièrement son appréhension de manquer son départ à 16h). Nous dialoguerons sur son sujet favori les saisons, à travers un visionnage de tableaux de paysages sous musique relaxante des sons de la nature. Il lui permet d'évoquer des lieux, fleurs, couleurs et mots qui lui résonnent.	<u>demandé par le patient</u> : Création d'une fleur imaginaire par un outil maîtrisé via l'AJA*, les feutres.	Très appliquée dans sa réalisation, ses pleurs vont cesser rapidement. Satisfaite de l'esthétisme de sa création, elle décide de l'offrir à son époux. Utilisera un vocable moins "haché", plus fluide. Une relâche corporelle est constatable lorsque la patiente dessine. Sa demande de retour s'espacera au fil de la PES*.	La fin de séance sera tournée vers l'imaginaire : nous proposons à Mme A de fermer les yeux et d'imaginer la réaction de son époux à la réception de son cadeau. La patiente va rester un long moment les yeux clos, puis un large sourire se formera sur son visage. Elle s'exprimera très calmement évoquant en détail la réaction positive de son mari. Plus apaisée, elle accepte de participer aux activités de l'AJA* qui vont suivre.  <u>Date et durée de la séance :</u> 16/03/2017 - 45mn
2	La patiente nous informe " <b>Cela ne va plus du tout là haut</b> ". Elle paraît très agitée, développe ses troubles du comportement habituels en fin de repas. Demande la présence de son amie Mme C.	<u>proposé</u> Création d'un oiseau imaginaire aux pastels	En début de séance, Mme A paraît fortement agacée par la présence de son amie qui ne comprend pas la consigne. Mme C répète en boucle une reformulation de celle-ci. Mme A va alors s'isoler dans sa "bulle", fredonnant une chanson de Trenet, et s'investir dans son dessin.	Souriante : la proposition d'intégrer un nouveau médium axé sur la musique en prochaine séance semble lui plaire. Une prise en charge individuelle lui est signalée pour la prochaine séance, ce qui semble lui convenir aisément. Date et durée de la séance : 30/03/2017 - 1h

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
3	En pleurs, elle signale des maux de ventre. Rassurée et l'écoute d'une chanson "reconnue": "Le jardin extraordinaire" de Trenet, lui permet de s'apaiser et ses larmes vont cesser. L'utilisation du mime par la danse va accentuer sa détente : elle chante, rit et nous imite avec ses bras.	<u>proposé</u> Création d'un jardin sous forme de collage et peinture associée.	Très bonne capacité de choix des éléments proposés, gestuelle ample et souple.	Ecoute musicale, danse et arts plastiques combinés semblent améliorer l'état anxieux : Mme A nous indique son mieux-être et son contentement en fin de séance. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 06/04/2017 - 1h
4	Mme A ne présente pas ses troubles de répétition habituels, cependant son faciès paraît tendu. A l'évocation de l'écoute du pianiste "Keith Jarrett", elle nous suit volontiers en séance. Chaque ressenti sera identifié par une couleur choisie par la patiente.	<u>proposé</u> Le xylophone en couleur : créer une mélodie et utiliser les teintes retenues pour faire une création à l'encre.	Reconnaît chaque note et l'associe à la teinte correspondante. Son apprentissage du solfège l'aide à réaliser une création sans difficulté.	Patiente très investie pendant la séance qui nous indique ne pas avoir vu le temps passer. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 13/04/2017 - 1h
5	Montre un bon enthousiasme avant séance " <b>Ma petite, je t'attends, si tu savais</b> ". Un médium supplémentaire est proposé : l'odorat-thérapie. Via les odeurs senties évoquer un lieu, une couleur, un mot qui lui "résonne". Mme A trouve "étonnant" ce médium et ajoute: " <b>j'aime découvrir de nouvelles expériences et je vous fais confiance</b> ". Elle se montrera très réactive.	<u>Proposé</u> Création par les encres flottantes sur l'eau- des éléments retenus en starter avec musique relaxante en fond.	Dit "s'amuser" avec le médium en créant des formes, des lettres, .Elle réalisera plusieurs créations qu'elle transférera sur papier, permettant de garder une trace de ses productions.	La patiente verbalise son contentement esthétique sur ses créations qu'elle décide d'accrocher à son domicile. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 27/04/2017 - 1h

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
6	Mme A indique être ravie de venir en atelier. L'accueil débutera par l'odorat -thérapie via des fleurs. Ressenti les yeux clos des odeurs et du toucher des textures.	<u>Demandé</u> Création d'un bouquet imaginaire en aquarelle.	"Cela me fait du bien de peindre".	Détendue et très souriante, Mme A nous indique qu'elle demandera à son époux de lui acheter de la peinture pour poursuivre chez elle. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 04/05/2017 - 1h
7	Avant séance, l'aide soignante nous indique que la patiente est plus calme désormais, confirmé par un sourire large et une bonne cognition du jour d'atelier. Nous débuterons par des senteurs feuilles d'arbres et bois puis un visionnage d'images de la nature sous fond musical de sons du vent.	<u>Proposé</u> Réalisation d'une peinture par empreinte de feuilles d'arbres.	Cette technique est très appréciée par Mme A qui semble "captivée" par le rendu qu'il provoque.	Annonce de fin de PS la semaine suivante : Elle souhaite continuer. Une demande de PES* à domicile auprès de son époux sera à envisager. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 11/05/2017 - 1h
8	L'AS* nous informe que la patiente a réclamé la "peintre" la veille, avec un besoin d'apaisement. Le visionnage de tableaux pointillistes puis la création à l'aide de coton tige suivant le rythme de la musique de "Casse Noisette" de Tchaïkovski l'amuse.	<u>Demandé</u> Création de l'arbre face à l'AJA* avec la même méthode.	Transformera rapidement son sujet pour en faire, " un feu d'artifice" employant de nombreuses couleurs.	Mme A nous demande à nouveau une PES* à domicile. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 25/05/2017 - 1

## **EHPAD\*- Mme G**

**Biographie** : Mme G est issue d'une famille de 7 enfants. 2 sœurs décédées. Mariée, elle est rapidement devenue veuve, enceinte de son 3ème enfant. Elle restera seule à les élever. Elle était repasseuse, aide ménagère puis concierge de profession.

**Centres d'intérêts** : Ses enfants et petits enfants, le jardin, particulièrement les fleurs: passionnée de botanique.

**Anamnèse** : HTA (hypertension artérielle), hystérectomie totale (ablation de l'utérus), insuffisance cardiaque et phlébite (caillot de sang dans une veine) sur membre inférieur gauche en 2015. Intolérante aux traitements MA\* (EXELON et ARICEPT). Confusion, hallucinations, désorientée et agressive, chutes, incontinences.

### **Pharmacologie et Posologie** :

**MOVICOL 0-0-1**: Laxatif utilisé dans le traitement de la constipation.

**Effets secondaires**: Douleurs abdominales, diarrhée en cas de surdosage.

**TRIMEBUTINE 100 mg :1-1-1** : Antispasmodique utilisé dans le traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles du transit intestinal et des spasmes douloureux d'origine digestive ou biliaire.

**Effets secondaires**: Eruption cutanée.

**LODOZ 2,5/6,25 :1-0-0** : Antihypertenseur utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle.

**Effets secondaires**: nausées, vomissements, diarrhées, constipation, sensation de froid ou d'engourdissement dans les mains et les pieds ; fatigue, vertiges, maux de tête.

**SERESTA 10mg :1-0-1** : Anxiolytique (tranquillisant) Il est utilisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants (anxiété généralisée, crise d'angoisse...)

**Effets secondaires**: Sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence (en particulier chez la personne âgée), ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double.

**CIRCADIN 2mg :0-0-1** : Mélatonine, régulateur du rythme veille-sommeil.

**Effets secondaires**: irritabilité, nervosité, agitation, rêves anormaux, cauchemars, impatience, anxiété, maux de tête, migraine, étourdissement, insomnie ou au contraire somnolence, hypertension artérielle, douleurs abdominales, digestion difficile, nausées, ulcération buccale, bouche sèche, sueurs nocturnes, démangeaisons, rougeur cutanée, sécheresse de la peau, douleur de extrémités, prise de poids.

**Difficultés signalées par l'équipe** : Troubles du comportement après les activités: nerveuse avec réémergences du passé, hallucinations, boucles.

**Difficultés signalées par la patiente pendant l'entretien individuel** : Mme G s'exprime au départ avec un langage fluide, concis. Mais son discours devient rapidement confus malgré un

humour très présent: elle semble se retrancher derrière cette forme de dialogue. Patiente très sensible à l'affect qui se dévalorise en permanence et qui a besoin de rassurance.(L'ensemble de ces constats a été validé à la suite, par l'équipe soignante).

Elle semble très motivée par une prise en soin individuelle sur ses centres d'intérêts et demande à plusieurs reprises le début de prise en charge.

Prise en soin de Mme G

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
1	<p>Mme G signale une grande fatigue avec une tristesse faciale marquée, se plaignant de solitude. Mais elle semble apprécier le contact social: un fort besoin d'écoute est notable malgré un bel enthousiasme au démarrage de la prise en charge individuelle. Elle remercie à de nombreuses reprises de pouvoir y participer et nous signale un besoin d'aide, n'étant pas sûre d'en être capable. Une réassurance est nécessaire. Une estime de soi faible paraît être très présente.</p> <p>La proposition de débiter par l'odorat thérapie avec apport d'un bouquet de fleurs des champs lui permet une bonne verbalisation de son ressenti et aidera à la consigne.</p>	<p><u>proposé</u> Fleurir un arbre nu pour, comme elle le signale "faire venir le printemps dans sa chambre". Peinture aux doigts.</p>	<p>Mme G sentira longuement les parfums suivi d'un large sourire et semblera se détendre par de grandes expirations. Excellente connaissance des fleurs, couleurs, et emplacement dans le bouquet. Besoin d'exemples en amont, n'osant pas le faire seule. Les bruits extérieurs de l'établissement lui provoquent des hallucinations (relie chaque sons externes à la présence de ses enfants) et semble lui générer de l'anxiété. Une rassurance permanente permet de poursuivre la séance.</p>	<p>Patiente étonnée de ses capacités. Aimerais réaliser un second arbre pour la prochaine séance, "<b>pour qu'il ait de la compagnie</b>".</p> <p><b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 04/04/2017 - 1h</p>
2	<p>La patiente nous informe à nouveau de sa grande fatigue, mais tient à participer. La proposition de "prêt" de nos mains la fait sourire puis elle va accepter la PES*. Elle nous indique que l'odorat-thérapie via un bouquet de roses lui procure du plaisir.</p>	<p><u>proposé</u> Création d'un arbre par collage de fleurs.</p>	<p>Mme G s'investit beaucoup en collant les fleurs qu'elle a choisies et reconnues. Réémergence du bien-être de sa création en séance 1 mais avec confusion de notre personne.</p>	<p>Satisfaite de sa création, la patiente demande à réaliser des fleurs en peinture en séance suivante.</p> <p><b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 11/04/2017 - 1h</p>

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
3	Patiente signalée plus calme par l'équipe, qui ne développe plus de troubles du comportement après les activités de l'animatrice. Pas de fatigue signalée. L'odorat thérapie avec apport d'aromates amène la patiente à définir elle même le sujet de sa création : réalisation d'une recette culinaire.	<u>demandé</u> Création d'un civet à l'aide d'encre à marbrure.	Patiente qui prend grand plaisir à utiliser chaque couleur qu'elle associe à un ingrédient. L'utilisation de ce médium lui permet de manier seule les couleurs en les mélangeant à sa guise à l'aide d'une baguette de bois.	Plusieurs réalisations, de grands formats, satisfaction esthétique.  <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 25/04/2017 - 1h30
4	Mme G indique une grande fatigue mais tient à "sentir des fleurs" via un bouquet de fleurs coupées. Bonne verbalisation et détente marquée.	<u>demandé</u> Réalisation des fleurs en semi-aidé au départ, à l'encre sur papier humide.	Après avoir indiqué son besoin d'aide, l'exemple proposé permet à Mme G de demander le pinceau pour réaliser seule deux productions grand format avec une belle agilité.	Patiente chantant pendant ses créations, qui demande régulièrement notre approbation sur son savoir-faire. Bonne cognition de la date de prochaine séance. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 28/04/2017 - 1h
5	La patiente nous indique avec justesse le jour de la semaine et signale savoir que la séance est bien aujourd'hui. Faciès souriant, elle verbalise " <b>l'Art-thérapie me calme</b> ". Apprécie l'odorat thérapie avec apport de thés, qu'elle associe à des fruits qu'elle désire peindre.	<u>demandé</u> Création de fruits en aquarelle.	Beaucoup d'application et d'implication en séance avec une praxie fine de plus en plus élaborée. Mme G nous signale que l'équipe et ses enfants pensent qu'elle n'est pas à l'origine de ses créations.	" <b>Mon cœur ne fait plus toc-toc - toc quand je peins</b> ". (Une photo de la patiente sera prise en séance afin de montrer les capacités de la patiente à son entourage). <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 02/05/2017 - 1h

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
6	Mme G indique être fatiguée, ne pas avoir fait la sieste. Elle demande cependant à participer à la séance. La remise de sa photo lui procure beaucoup d'émotion. Nous débuterons par l'odorat thérapie avec des senteurs exotiques. La patiente se replonge alors dans ses voyages passés et nous demande de l'aide pour réaliser un oiseau des îles.	<u>Proposé</u> Création d'un perroquet en aquarelle.	A l'aide d'un modèle représentant un perroquet, nous nous en servons pour réaliser les contours. La patiente sera ensuite en toute autonomie utilisant une gamme de couleurs très variée avec une bonne maîtrise du médium.	Satisfaite de sa réalisation, la patiente décide de l'accrocher dans sa chambre. Pas de trouble du comportement, hallucinations, ni de confusion. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 05/05/2017 - 1h
7	Malgré sa fatigue, la patiente signale <b>"Vous allez m'aider, nous formons une bonne équipe toutes les deux"</b> . Une meilleur estime d'elle-même semble s'amorcer. Apport d'Iris en odorat-thérapie.	<u>Proposé</u> Création d'un bouquet d'iris à l'encre.	Mme G semble à l'aise avec la technique et ne montre plus de signe d'anxiété. Elle signale au contraire une confiance retrouvée : <b>"C'est moi qui a fait tout ça, est à César ce qui appartient à César"</b>	Annonce de fin de PS la semaine suivante : La patiente indique être contente d'avoir participé. <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 09/05/2017 - 1h
8	Mme G signale un bon état général. L'odorat-thérapie se fera à l'aveugle par l'apport d'un bouquet, ressenti verbalisé via le toucher.	<u>Proposé</u> Collage de différentes textures allié à la peinture.	Création en binôme où chacun suit le chemin de l'autre. Patiente très à l'aise avec l'outil, riant beaucoup et qui finira sa création en toute autonomie.	Mme G nous indique que la prise en charge lui a procuré du bien-être et signale: <b>"Si vous pouvez en faire autant avec d'autres personnes, ce serait formidable."</b> <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 22/05/2017 - 1h

## UHR\* : M. B

**Biographie** : M. B est né à Grasse, il a 87 ans. Marié il a eu cinq enfants, deux sont décédés. Une sœur décédée. Il était Compagnon menuisier-charpentier et ébéniste de profession, travaillant dans toute la France pour les monuments historiques puis sur le port du Havre. Son épouse dépressive a fait plusieurs tentatives de suicide, sa fille de même, dues à la pathologie avancée de M. B et le manque de place en structure. Il est arrivé à l'UHR\* sous contention.

**Anamnèse** : MA, Anévrisme aorte abdominale (Un anévrisme aortique abdominal est un gonflement ou une dilatation d'une partie de l'aorte- la plus grosse artère de du corps- qui traverse l'abdomen), Arthrite des membres, Hypertrophie prostate, Dépression, chutes, sommeil perturbé, incontinence.

### **Pharmacologie et Posologie** :

**RIVASTIGMINE** 9,5 mg/24h : Antilalzheimer

**Effets secondaires**: vertiges, manque d'appétit, nausées, vomissements.

Fréquents : fatigue, somnolence, perte de poids, digestion difficile, brûlures d'estomac, étourdissements, agitation, anxiété, sueurs, maux de tête.

**ALDACTONE** 15/25 1-0-1 : Diurétique, il a pour caractéristique d'empêcher la perte du potassium dans les urines.

**Effets secondaires**: Augmentation du volume des seins chez l'homme (gynécomastie), intolérance digestive, éruption cutanée, somnolence, campe, hépatite (rare).

**LOVENOX** 40mg 5/c/24h : Anticoagulant. Il empêche la formation ou l'extension des caillots dans les vaisseaux sanguins.

**Effets secondaires**: Hémorragies de gravité variable, baisse des plaquettes sanguines, réactions allergiques rares.

**DUROGESIC** 25/ 72h : Antalgique puissant qui contient un dérivé de morphine. Il combat la douleur en agissant directement sur le cerveau.

**Effets secondaires**: somnolence, nausées, vomissements, constipation.

**ESOMEPRAZOLE** 20mg 0-0-1 : Diminue la sécrétion des acides gastriques et permet ainsi de combattre les troubles liés à l'acidité de l'estomac.

**Effets secondaires**: maux de tête, douleur abdominale, diarrhées, constipation, nausées, vomissements, ballonnements.

**HALOPERIDOL** 0,5 mg1-1-1-1: Neuroleptique utilisé en traitement d'entretien dans certains troubles psychiques (schizophrénie, certains types de psychoses...).

**Effets secondaires**: Somnolence, surtout en début de traitement. Indifférence, réaction anxieuse, variation de l'humeur. Mouvements involontaires ou inadaptés, tics, pouvant survenir lors de la première prise (notamment en cas de surdosage) ou, plus tardivement, lors d'un traitement prolongé. Raideur musculaire et difficulté à coordonner les mouvements.

Troubles digestifs. Prise de poids, augmentation du taux de sucre dans le sang.

**IMOVANE** 7,5 mg 0-0-1 : Hypnotique (somnifère).

**Effets secondaires**: perturbation du goût (goût amer, métallique). Sensation d'ivresse, maux de tête, troubles de la coordination des mouvements, confusion des idées, somnolence (en particulier chez la personne âgée), troubles du sommeil. Modification de la libido, éruption

cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double, troubles digestifs, faiblesse musculaire, fatigue.

**MIRTAZAPINE** 15mg 0-0-1 : Antidépresseur.

Effets secondaires: augmentation de l'appétit, prise de poids, maux de tête, sécheresse de la bouche, somnolence. Fatigue, étourdissements, tremblements, nausées, diarrhées, vomissements, éruption cutanée, douleurs articulaires ou musculaires, œdème, rêves anormaux, anxiété, confusion des idées, insomnie.

Bas JARRET : Bas de contention.

Difficultés signalées par l'équipe : Anxiété +++ Déambulation forte parfois nue, humeur oscillante +++, agressivité verbale et physique, Confusion spatiaux-tempo. Séparation famille très douloureuse. En position de résignation +++. Souffrance psychique très importante.

Difficultés signalées par le patient pendant l'entretien individuel : A la rencontre de M. B qui déambule dans la structure, le patient nous signale ses douleurs au pied droit et ses troubles cognitifs. Son visage semble profondément marqué par la douleur et la tristesse. Sa tête paraît "ancrée" dans ses épaules. Lorsque nous lui expliquons en quoi consiste l'Art-Thérapie, ce dernier marque un intérêt certain: "**Le dessin, c'est une poésie**".

Il nous fait part de son métier avec précision et termes techniques appropriés, développe ses goûts pour le dessin (l'architecture particulièrement), la peinture, préférant le grand format, qu'il exposait dans les restaurants ou offrait à des particuliers. Il apprécie également les chants provençaux de sa région natale et avoue ne plus s'en souvenir. Il semble disposer d'une très bonne capacité de choix : "**L'écriture, j'aime pas, c'est du flonflon !**".

M. B va ensuite développer des troubles : description de son métier en boucle de plus en plus confuse, troubles de la mémoire sémantique : il cherche ses mots, attribution de l'ensemble des éléments de sa chambre à ses propres productions. A la fin de l'entretien, il nous indique "**Cela ne va pas fort là haut !**" et de nouveau nous exprime ses plaintes somatiques.

<p><u>NB</u> : Une installation particulière du lieu fut réalisée pour chaque séance tel un atelier d'artiste aux senteurs de bois pour favoriser un espace agréable, en rappel à son activité antérieure.</p>
--

Prise en soin de M. B

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
1	Nous retrouvons M. B agité dans le couloir qui déambule avec une seule chaussure. Nous lui rappelons notre identité par des mots clefs "dessins, séance individuelle..." Souriant, il nous suit en séance. La vue de l'atelier semble lui procurer de l'émotion : regard ébahi, il passera un long moment à observer la pièce. Il formulera un "merci" et s'installera calmement. La présentation d'images d'architectures aux courants artistiques divers lui procure beaucoup de verbalisation. Son choix est marqué par l'artiste Cézanne qu'il décrit en détail, élaborant la composition de la toile.	<u>proposé</u> Création architecturale par un outil demandé : " <b>une mine graphite effilée</b> ". (crayon de papier à la mine très taillée).	M. B dispose d'une excellente praxie fine, il se lance aussitôt dans la production. Celle -ci se présentera plan sur plan qu'il définit ainsi: " <b>Cela ressemble à du gribouillis mais c'est une accumulation de ce que je ressens</b> ". Le patient se confiera ensuite sur son passif, puis chantera aisément en patois Catalan, tenant à nous en faire partager la traduction. Plainte somatique brève pendant la PES*.	Après s'être confié, M. B passera au tutoiement. Il désire poursuivre les PES* " <b>ça me relâche</b> ". Il nous raccompagne et tient à surveiller notre matériel pendant la remise de clef de la salle.  <u>Date et durée de la séance :</u> 30/03/2017 - 1 h
2	L'infirmière nous indique que M. B est désormais sous dérivé morphinique pour ses douleurs. Celui-ci nous fera part de sa fatigue dès l'entrée en séance. Nous proposerons une écoute et chant en duo de l'hymne traditionnel Catalan "La Coupo Santo" (que ce dernier avait chanté en séance précédente) et regarderons des paysages ciblés de sa région.	<u>demandé</u> Création d'un bâtiment Catalan.	M. B semble ravi que nous connaissions sa " <b>chanson fétiche</b> ". Le patient dessinera avec calme, sans plainte soma et nous apprendra de nouvelles expressions en patois provençal.	" <b>J'aimerais m'entraîner avec toi pour faire quelque chose de cohérent</b> ". Un très bon contact relationnel semble être établi.  <u>Date et durée de la séance :</u> 06/04/2017 - 45mn

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
3	<p>L'infirmière signale un patient très fatigué qui dort peu à cause de ses souffrances, très apathique. M. B nous indique: "<b>Je suis amorphe, vidé, si j'avais un fusil je mettrais la balle là</b> (indique sa tempe) <b>et Boum !</b>"</p> <p>Refus de PES* au départ puis après beaucoup d'écoute et de rassurance, M. B accepte la proposition d'une écoute musicale Catalane.</p>	<p><u>proposé</u></p> <p>Réalisation d'un paysage en binôme.</p>	<p>Pour amorcer la séance, nous dessinerons seule, pendant que M. B regarde attentivement notre dessin. C'est en lui demandant conseil qu'il interviendra et reprendra la production. Dès qu'il va participer et s'impliquer, ses plaintes somatiques ne seront plus évoquées.</p>	<p>M. B chantera en fin de PES* et nous remerciera.</p> <p><b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 13/04/2017 - 45mn</p>
4	<p>M. B nous fait part de plaintes somatiques au niveau de son pied. Nous lui proposons une écoute musicale Catalane, et de l'odorat-thérapie via des senteurs aromatiques typiques du sud (lavande, romarin...).</p> <p>A la proposition d'odorat-thérapie, le patient ne semble pas convaincu mais désire essayer indiquant sa confiance. Elle déclenchera une grande évocation de souvenirs de paysages et le patient demandera alors à dessiner afin de nous les indiquer</p>	<p><u>Demandé</u></p> <p>Création de végétations aux pastels.</p>	<p>Il utilisera la couleur pour la première fois par un nouveau médium, le pastel.</p>	<p>M. B ne se plaint pas de douleurs pendant l'atelier. Il nous demandera de lui "<b>apporter d'autres odeurs</b>" pour la prochaine séance. Il décide de nous accompagner jusqu'à la sortie pour surveiller notre matériel pendant la remise des clefs du local. Il fera la même chose les 4 séances suivantes.</p> <p><b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 27/04/2017 - 1h</p>
5	<p>M. B semble très anxieux et nous signale en boucle son incompréhension de l'absence de visite de son épouse. La proposition d'odorat-thérapie semble le rassurer. Il cesse son trouble à répétition immédiatement pour nous accompagner. L'apport d'herbes fraîches et aromates a permis à M. B de trouver rapidement le sujet de sa création : "<b>Cela me rappelle les pins bleus de Provence</b>".</p>	<p><u>Demandé</u></p> <p>Création d'une forêt de pins bleus.</p>	<p>Il utilisera un nouveau médium, la peinture et réalisera une production au pinceau avec beaucoup d'implication et d'application dans des gestes amples et détendus.</p>	<p>Souriant, il répond en sortie d'atelier à l'infirmier qui lui demande en quoi consiste l'Art-Thérapie: "<b>Je sens des odeurs et je dessine des bons souvenirs</b>".</p> <p><b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 02/05/2017 - 1h</p>

	<u>Accueil</u>	<u>Sujet</u>	<u>Déroulement de la séance</u>	<u>Fin de séance, Date et durée</u>
6	Signale être fatigué, très douloureux. L'odorat-thérapie axée sur les odeurs du littoral, alliée aux sons apaisants vent et océan, semble le détendre. M. B s'installe plus confortablement sur sa chaise et ferme les yeux. Les parfums lui ont permis de nouveau de trouver rapidement le sujet de sa création.	<u>Demandé</u> Création d'un phare sous la tempête au fusain.	Le patient réalise sa création aux doigts pour exprimer le mouvement, avec une gestuelle très ample. Il nous indique qu'il réalisait des modèles vivants par ce médium, le fusain.	Souriant, satisfait de sa création, il la signera pour la première fois, semblant montrer une meilleure estime de lui - même.  <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 04/05/2017 - 1h
7	M. B paraît très "alerte", montrant un intérêt marqué pour démarrer la séance. Nous visionnons des modèles d'études de nus dans les différentes périodes artistiques. (NB : Un très bon contact relationnel, une confiance mutuelle a permis de proposer ce sujet en fin de prise en soin, qui peut sembler d'un premier abord risqué, le patient étant sujet à la désinhibition).	<u>Proposé</u> Création d'un nu féminin.	M. B paraît comme un enfant timide et indique " <b>Vous me faites confiance à ce point ?</b> " (Ce vouvoiement est inhabituel chez M. B). Notre approbation déclenche un étonnement puis un regard au bord des larmes. Le patient choisira très rapidement un modèle de dos. Très ancré dans sa production, il s'aidera de son index pour ne pas se perdre dans l'espace.	Faciès très détendu, M. B nous indique régulièrement son intérêt " <b>Ca c'est de l'art, et l'art c'est de la poésie</b> ". Annonce de fin de PES* semaine suivante et demande d'accord pour la présence de l'infirmier C. à assister à la séance.  <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 09/05/2017 - 1h
8	M. B nous attend au calme à l'entrée de la structure. Il paraît détendu. Visionnage de modèles vivants dans l'histoire de l'art.	<u>Demandé</u> Création d'un nu féminin.	La présence de l'infirmier paraît provoquer chez M. B une envie de montrer l'étendue de ses compétences. Il va chanter, traduire le patois, dessiner plusieurs sujets : nus, paysages, architectures, se détachant de la copie.	M. B semble ravi par son large sourire et plus confiant : il haussera la tête pendant toute la séance. L'infirmière nous signalera un patient beaucoup moins anxieux, avec moins de SCPD, plusieurs jours après la PES*.  <b><u>Date et durée de la séance :</u></b> 11/05/2017 - 1h

### 3 RESULTATS

#### Scores des tests scientifiques après PES\* des 3 études de cas :

##### Mme A AJA\* :

MMSE	NPI + Item anxiété seul	HAMILTON	ROSENBERG
10	12-03	17	33
Stade modérément sévère de DTA		Seuil admis pour une anxiété significative = 20	Score entre 25 et 31 = estime de soi faible

- **NPI** : Seul l'item de l'anxiété a nettement diminué.
- **HAMILTON** : Nette diminution passant sous le seuil d'une anxiété significative.
- **ROSENBERG** : Augmentation résultant sur une estime de soi moyenne.

##### Mme G EHPAD\* :

MMSE	NPI + Item anxiété seul	HAMILTON	ROSENBERG
16	25-02	14	36
Stade modérément sévère de DTA		Seuil admis pour une anxiété significative = 20	Score entre 25 et 31 = estime de soi faible

- **NPI** : Les items de l'anxiété, agitation/agressivité et irritabilité/instabilité de l'humeur ont nettement diminué.
- **HAMILTON** : Nette diminution passant sous le seuil d'une anxiété significative.
- **ROSENBERG** : Nette augmentation résultant sur une estime de soi forte.

**M. B UHR :**

<b>MMSE</b>	<b>NPI + Item anxiété seul</b>	<b>HAMILTON</b>	<b>ROSENBERG</b>
<b>12</b>	<b>63-02</b>	<b>18</b>	<b>34</b>
<b>Stade modérément sévère de DTA</b>		<b>Seuil admis pour une anxiété significative = 20</b>	<b>Score entre 25 et 31 = estime de soi faible</b>

→ **NPI** : Les items de l'anxiété, agitation/agressivité, apathie, irritabilité/instabilité de l'humeur ont diminué.

→ **HAMILTON** : Nette diminution passant sous le seuil d'une anxiété significative.

→ **ROSENBERG** : Augmentation résultant sur une estime de soi entre moyenne/forte.

→

**Scores des tests scientifiques après PES\* des 3 patients élus non présentés en étude de cas**

	<b><u>MMSE</u></b>	<b><u>NPI+ anxiété seule</u></b>	<b><u>HAMILTON</u></b>	<b><u>ROSENBERG</u></b>
<b><u>Mme C (AJA)</u></b>	<b>14</b>	<b>30-06</b>	<b>18</b>	<b>31</b>
<b><u>Mme F (EHPAD)</u></b>	<b>25</b>	<b>25-04</b>	<b>14</b>	<b>36</b>
<b><u>Mme M (UHR)</u></b>	<b>12</b>	<b>37-12</b>	<b>18</b>	<b>33</b>

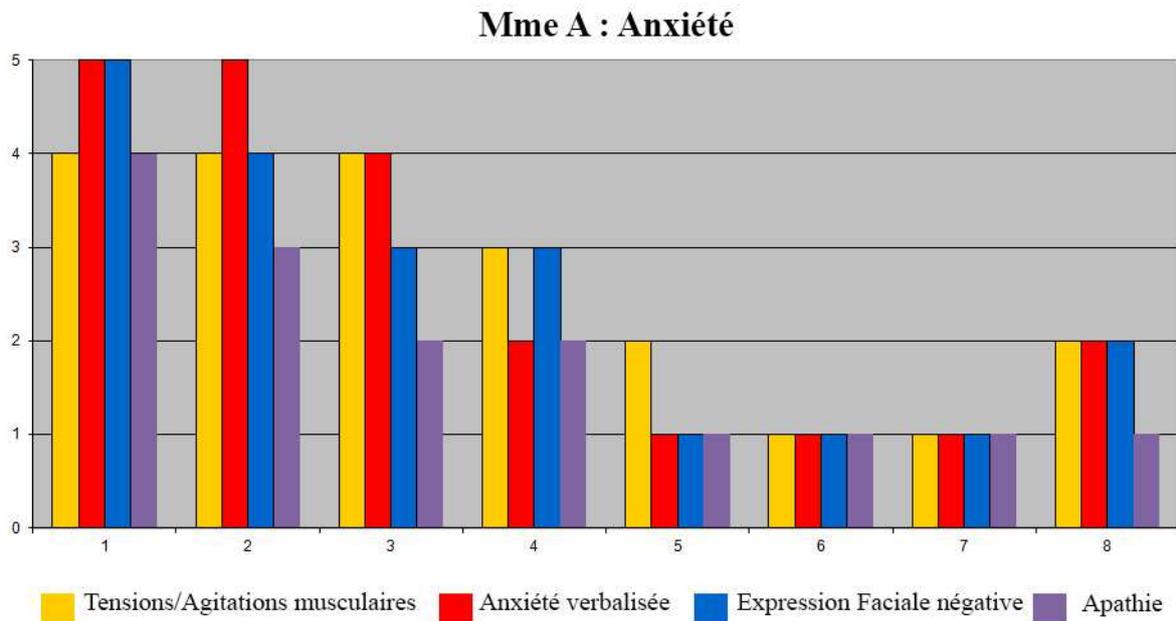
**Les résultats des tests scientifiques des 6 patients témoins en fin de protocole montrent peu de changements notables, hormis une aggravation de l'anxiété de Mme V (AJA\*). Il est à noter que celle-ci fut placée en EHPAD\* pendant le protocole.**

**C'est pour cela qu'ils ne seront pas présentés en détail dans l'étude.**

Histogrammes des 8 séances des 3 études de cas et bilans

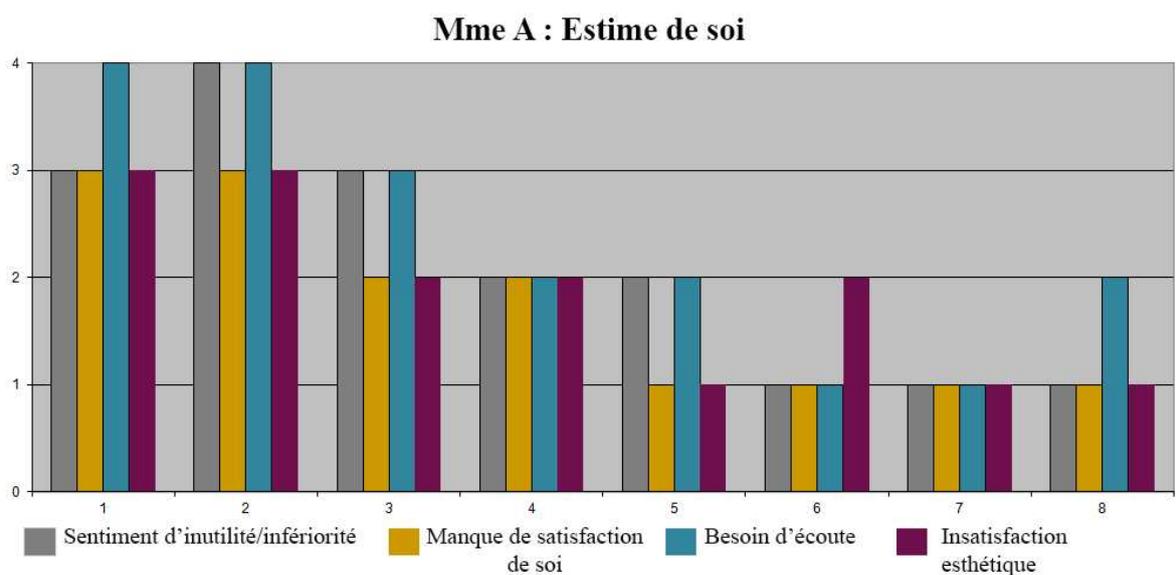
Histogramme des 8 séances de Mme A

Items ANXIETE de Mme A



Cotations : 5 Maximale / 4 Forte / 3 Moyenne / 2 Légère / 1 Absente

Items ESTIME DE SOI de Mme A



Cotations : 4 Forte / 3 Moyenne / 2 Légère / 1 Absente

## **BILAN Mme A**

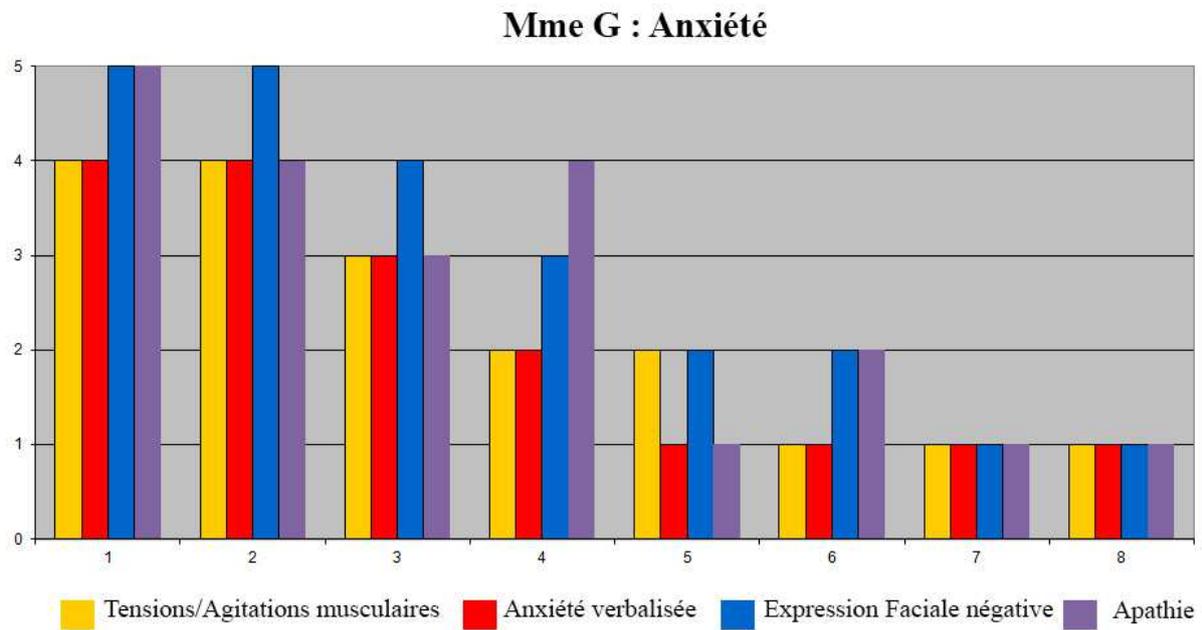
Mme A a montré des signes d'anxiété généralisés (troubles psychiques et physiologiques) très marqués, à leur apogée quand elle verbalisait en boucle ses demandes de retour en fin de repas. Les prises en charge art-thérapeutiques ont toutes été effectuées pendant ces troubles comportementaux. Ses demandes se sont estompées rapidement cependant dès l'entrée en atelier. Un très bon contact relationnel a permis d'installer une relation de confiance, indispensable pour canaliser ses peurs et ses angoisses.

Patiente très impliquée, qui disposait d'une bonne praxie fine et d'une excellente capacité de choix. Un intérêt constant sur les 8 PES\*. Une détente musculaire et psychique croissante fut constatée. Les tensions musculaires (faciales et corporelles) se sont faites moindres, son appréhension et son oscillation thymique se sont réduites. Cet apaisement fut verbalisé à plusieurs reprises dans les dernières prises en soin. Une satisfaction esthétique progressive de ses productions a semblé améliorer l'estime d'elle-même. Cette Patiente fut souvent étonnée de ses capacités.

Demandes de Mme A de poursuivre les séances à domicile qui seront à envisager avec son médecin référent, le Dr Chaumier et son époux. (Bilan validé par le DR CHAUMIER).

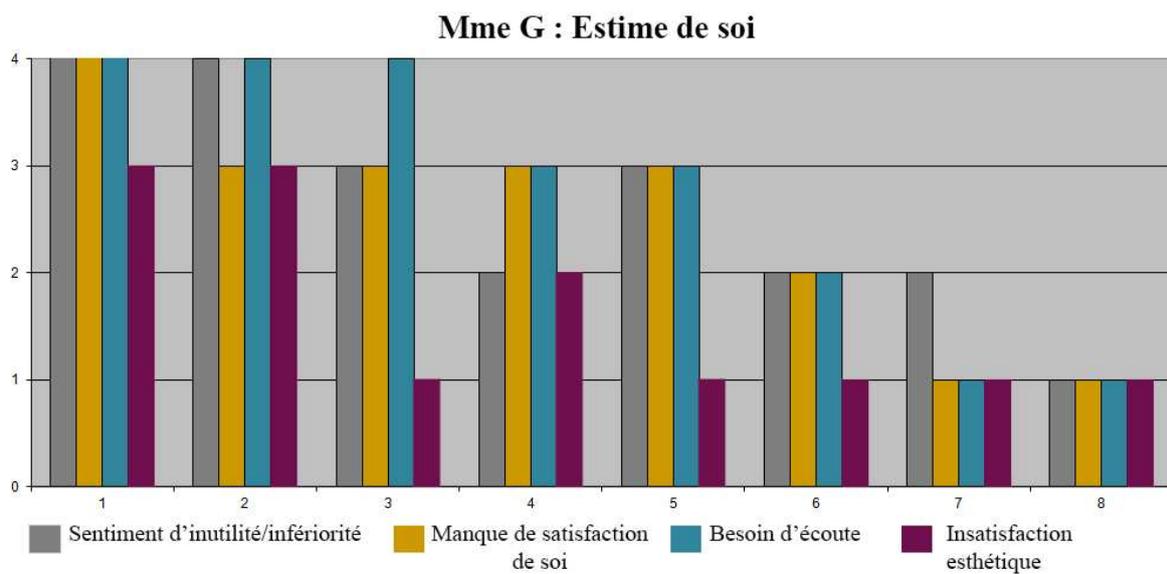
Histogramme des 8 séances de Mme G

Items ANXIETE de Mme G



Cotations : 5 Maximale / 4 Forte / 3 Moyenne / 2 Légère / 1 Absente

Items ESTIME DE SOI de Mme G



Cotations : 4 Forte / 3 Moyenne / 2 Légère / 1 Absente

## **BILAN Mme G**

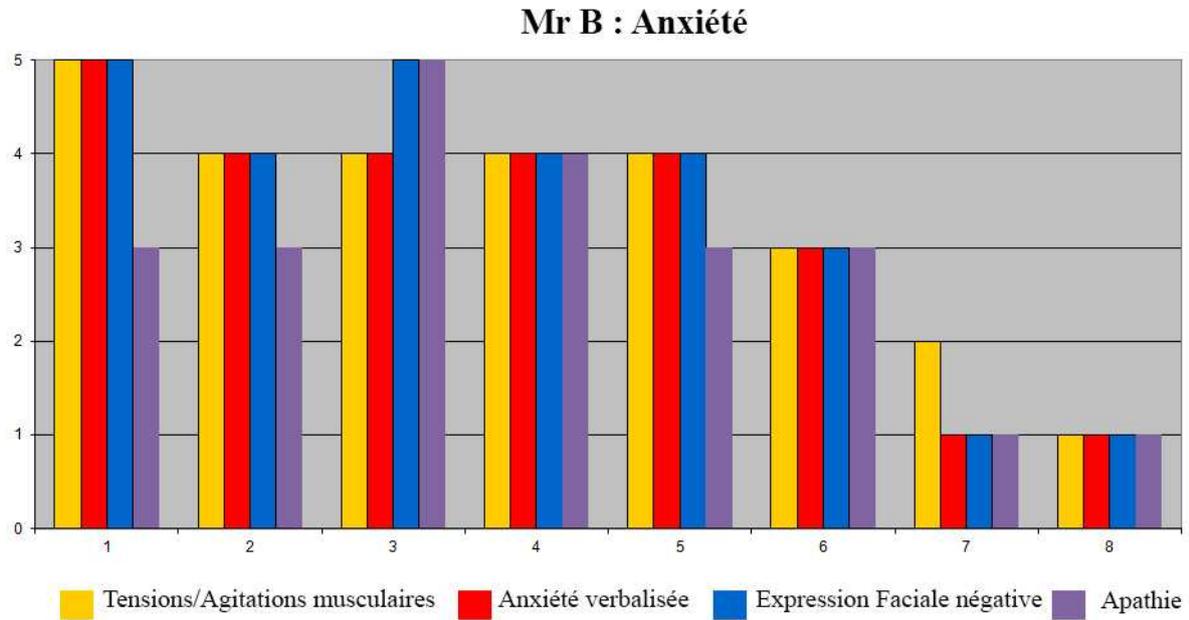
Mme G a présenté un grand enthousiasme pendant ses 8 séances, sans trouble thymique. Bien que ses idées délirantes soient toujours présentes, souvent associés aux bruits extérieurs de la salle (appelle régulièrement ses enfants à venir voir ses réalisations- démontrant toutefois la satisfaction de ses travaux), elle a toujours montré une bonne implication, malgré sa fatigue temporaire et sa position corporelle de côté dans son fauteuil roulant. Passionnée de fleurs, le début d'activité par l'odorat-thérapie lui a permis une détente et un départ à la production. Elle a gagné en confiance et en capacité technique, appréciant de découvrir les différents médiums des arts plastiques tout au long de son suivi. Un très bon contact relationnel a largement aidé cette évolution : Patiente très affective, qui a verbalisé sa confiance à de nombreuses reprises. Mme G s'est autorisé à faire "seule" dès la 4ème séance, et a tenu à montrer ses productions au personnel ou aux autres résidents. Elle a indiqué sa satisfaction esthétique progressivement, découlant sur une bonne estime d'elle-même.

Anxiété en diminution constante tout au long du suivi. Aucun trouble du comportement signalé après les PES\* par les équipes. Bonne mémorisation des jours de prise en charge.

(Bilan validé par le DR BOUKEROU).

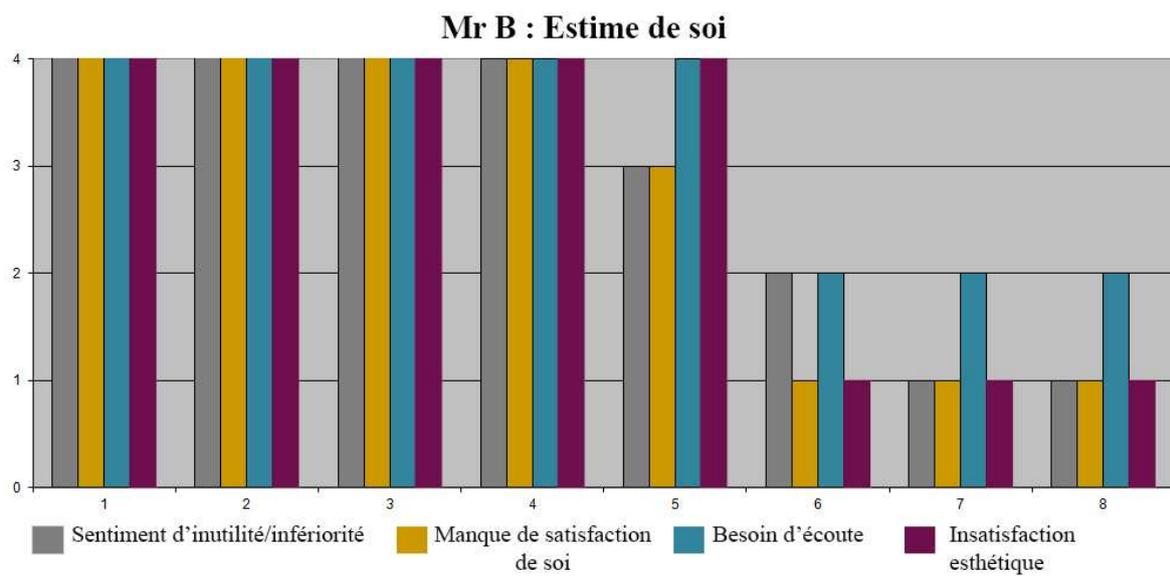
Histogramme des 8 séances de M. B

Items ANXIETE de M. B



Cotations : 5 Maximale / 4 Forte / 3 Moyenne / 2 Légère / 1 Absente

Items ESTIME DE SOI de M. B



Cotations : 4 Forte / 3 Moyenne / 2 Légère / 1 Absente

## **BILAN M. B**

M. B a toujours marqué un grand intérêt pendant les ateliers. Très bon relationnel. Impliqué, il a eu une bonne capacité de choix et une excellente praxie fine. Souvent confus dans ses propos, il a utilisé à l'inverse, un langage technique approprié pour décrire le sujet choisi. Patient calme qui a verbalisé ses troubles cognitifs, ses douleurs physiologiques, sa recherche constante de son épouse au début des premières séances qu'il a omis lorsqu'il dessinait. Son faciès s'est détendu progressivement allant jusqu'au large sourire. Il chantait beaucoup pendant ses réalisations : Le médium musique associé au dessin lui a procuré également une bonne relâche musculaire et psychique, ainsi que l'ajout dans les dernières PS d'un troisième médium -odorat-thérapie-en lien avec ses origines du sud.

Il a signé ses dernières réalisations, les jugeant "cohérentes", indiquant sa satisfaction (gestuelle plus ample et appropriée, spacio mieux respectée, s'aidant de son autre main pour ne pas se "perdre" dans son dessin). Une meilleure estime de soi a été constatée, particulièrement dans les 2 dernières séances. La présence de l'étudiant infirmier C. pendant sa dernière PEC a confirmé ce constat : M. B a tenu à montrer via le chant et le dessin l'ensemble de ses capacités retrouvées. (Bilan validé par le DR BOUKEROU).

NB : Les entretiens oraux et écrits avec les différents membres de l'équipe des 3 structures en aval de chaque PES\*, ont permis de connaître l'impact et la réaction de chaque individu après le soin art-thérapeutique et sur plus long terme. Il en a resurgit un apaisement des patients du groupe 2 et 3, moins de troubles du comportement permettant "un temps de soin plus long et meilleur sur les aux autres résidents" cf. les infirmières des unités concernées.

Les patients du groupe 1 ont verbalisé un mieux-être, constaté aussi par l'équipe, mais les aidants n'ont pu être consulté sur un plus long terme, n'étant pas présent dans l'AJA\*.

Les réunions avec la chef de service des unités 2et 3, Le Dr BOUKEROU, et le Dr CHAUMIER responsable de l'AJA\*, ont permis de vérifier la validité de l'évaluation de nos items et le bilan de chaque patient. Un entretien avec les équipes pluridisciplinaires a été mis en place pour détailler le bilan fourni.

Une réévaluation complète : NPI, échelle d'Hamilton et Rosenberg, a été effectuée sur l'ensemble du groupe de PES\* par plusieurs soignants : infirmières-conformément à la demande du responsable, afin de réduire la subjectivité. Celle-ci a montré une nette diminution des scores de l'anxiété et une amélioration de l'estime de chaque individu.

Les résultats de ce protocole de recherche scientifique ne peuvent malheureusement être comparés avec d'autres études similaires. Comme confirmé par le Professeur JJ GIRAUD, responsable du DU Art-thérapie de la Faculté de médecine de Poitiers, aucun protocole, en France n'a été réalisé à ce jour, sur l'impact de l'art-thérapie et la maladie d'Alzheimer. Nos recherches à l'étranger ont été vaines également.

Nous espérons que de nouvelles études vont naître afin de pouvoir renforcer les résultats obtenus, et ainsi obtenir une validation scientifique.

## 4 DISCUSSION

### Préambule

La prise en soin art-thérapeutique fût réalisée dans un cadre où l'individu et sa souffrance est prise en compte sans préjugé. Nous connaissons les éléments signalés, la pharmacologie du patient via le dossier médical et les transmissions pluridisciplinaires orales et écrites, mais considérons que chaque individu dispose d'un potentiel toujours présent qui ne demande qu'à être mis en lumière ou ravivé. Nous considérons que cette prise en soin est un chemin à parcourir dans un but de mieux-être, et non une finalité dans une optique de production. C'est pour cette raison qu'aucune réalisation des patients n'a été présentée dans cette recherche.

### *Présentation des thèmes abordés dans la discussion*

Dans cette discussion, nous exposerons d'abord **le changement de regard sur la vieillesse pathologique** qui nous semble indispensable pour y intégrer la notion de créativité.

Puis, nous tenterons d'expliquer **les liens existants entre la pratique artistique et les régions spécifiques du cerveau** qu'elle stimule: l'approche de la neuroscience nous permettra d'illustrer ce propos.

Nous expliquerons ensuite **l'apport de la pratique artistique chez les malades Alzheimer**. Nous évoquerons également via l'histoire de la peinture, **les artistes atteints de cette pathologie** pour renforcer ce concept.

Puis, nous exposerons **comment l'art tend à aller vers un mieux-être**, et particulièrement sur l'objectif intermédiaire qui est le nôtre : **la diminution de la souffrance anxieuse**. Ceci nous amènera à conduire notre réflexion sur notre objectif général **portant sur l'amélioration de l'estime de soi**.

Nous présenterons ensuite **l'art-thérapeute dans sa posture, son image et ses paroles** qui pourrait contribuer, là aussi, à tendre vers un mieux-être du patient.

Nous ferons part alors de notre expérimentation réalisée lors de ce protocole: **la mise en place d'un atelier art-thérapeutique** au sein d'une résidence pour personnes âgées, **dans 3 structures**.

Nous témoignerons d'une première expérience effectuée lors de ce protocole: l'instauration de **nouveaux encodages** et évoquerons à partir de ces expérimentations, **les limites de la pratique art-thérapeutique**.

**Un questionnaire adressé aux soignants** sera présenté afin de **connaitre l'impact de cette approche non médicamenteuse sur l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire**.

Enfin, **une seconde expérimentation artistique** sera présentée en collaboration avec **Béatrice TERRA, artiste peintre**.

## La créativité demande-t-elle un autre regard sur la vieillesse pathologique?

Parler de créativité alliée à la vieillesse prévoit **un changement de regard de notre société actuelle**. La personne âgée institutionnalisée ou à domicile, est souvent alliée à l'inactivité, l'incapacité, la dépendance. Un sujet à nourrir, laver, coucher, une charge économique et sociale.

Nous rejoindrons le point de vue du Dr Jean MAISONDIEU<sup>1</sup>, psychiatre, en tentant avant tout de comprendre ces personnes, de **ne pas les considérer comme des déments, mais comme des sujets souffrants**.

*"Le dément est réduit à n'être rien d'autre qu'une pauvre chose délaissée, alors qu'il est avant tout un sujet souffrant "* MAISONDIEU<sup>2</sup>.

Dans cette même optique, faisons un parallèle avec l'artiste RON MUECK<sup>3</sup>. Cet artiste veille à **représenter de manière explicite, le problème existentiel de la condition humaine**. Il offre au spectateur la possibilité de s'immerger dans l'univers émotionnel de ses sculptures de personnages, qui parlent seules, souvent de solitude, de vulnérabilité, d'aliénation. **En laissant l'œuvre évoquer d'elle-même son registre psychologique, c'est au spectateur d'y poser son regard et son jugement**.



**MUECK "Femme assise" 1999**

Comme le souligne Louis PLOTON<sup>4</sup>, psychiatre et enseignant en psychologie gérontologique: *"Rendre le vieillard, le plus dément soit-il, à égalité avec l'adulte jeune, le plus brillant soit-il. Ils sont égaux en souffrance possible et en plaisir possible"*.

---

<sup>1</sup> MAISONDIEU J., psychiatre "Le crépuscule de la raison"-La maladie d'Alzheimer en question-, Edition Bayard 2011.

<sup>2</sup> MAISONDIEU J., psychiatre "Le crépuscule de la raison"-La maladie d'Alzheimer en question-, Edition Bayard 2011.

<sup>3</sup> MUECK Ron, artiste australien né en 1958, spécialisé dans la sculpture hyperréaliste.

<sup>4</sup> PELLISSIER J, et GINESTE Y."Humanitude: Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux" Edition Armand Colin; 2007 : p256

Ainsi, tout individu, jeune, vieux, malade d'Alzheimer ou non est alloué à des souffrances, donc à ressentir des émotions, en lui-même, et en lien avec autrui. La pratique artistique, le fait de créer, mobilise des affects, une expérience et une histoire. Toute personne semblerait donc en capacité d'être créative.

Notre refus d'associer vieillissement physique au vieillissement affectif et imaginaire fut renforcé également par l'objectif de l'hôpital Charles FOIX en 1977. L'établissement a installé un atelier de peinture. Cette expérience prit une telle ampleur qu'elle est devenue aujourd'hui **une référence en gérontologie et en gériatrie**. Grâce à ces ateliers de créativité, un tabou a été levé : celui du grand âge non créatif.

Comme le dit Dr R. MOULIAS<sup>1</sup> *"Leurs créations ont illuminé leurs derniers jours en leur apportant la joie de s'exprimer de façon plus riche que les mots ne leurs auraient permis"*.

### Les liens entre l'Art et le cerveau

La présence de l'homme semble toujours montré la présence de l'Art.

Pour Jean-Pierre CHANGEUX, neuroscientifique, *"Dès les fresques de Chauvet ou Lascaux réalisées par Homo sapiens, l'activité artistique semble avoir précédé l'émergence de la connaissance rationnelle Plus encore, l'activité esthétique est aux fondements de la nature humaine."*<sup>2</sup>

Les liens entre art et cerveau ont très tôt intéressé les neurologues. Dès la fin du XIXe et début du XXe siècle, **la localisation des régions neuronales spécifiques dans une pratique artistique** ou l'intérêt pour l'esthétisme<sup>3</sup> **montrent l'indépendance de ces fonctions dans le cerveau.**

Cette localisation de zones cérébrales particulières activées à la vision d'une œuvre ou à sa création, a été renforcée par une étude réalisée en 1948 par T. ALAJOUANINE. Elle contribue à **la compréhension de la spécificité du "cerveau artistique"**<sup>4</sup> : Par l'observation clinique sur trois patients (un écrivain, un peintre et un musicien) l'étude a montré des dissociations de domaines musique, langage et peinture.

**Grâce à l'approche cognitive en neuropsychologie**, (c'est à dire l'étude des rapports entre les facultés intellectuelles, comportementales, émotionnelles et le fonctionnement du cerveau) **puis l'arrivée de l'imagerie cérébrale** fonctionnelle, de grandes avancées auront lieu sur la

---

<sup>1</sup> R. MOULIAS Docteur en médecine (Paris, 1966). Chef de service de gérontologie à l'hôpital universitaire Charles-Foix, à Ivry-sur-Seine (en 1997). Président de l'Association internationale de gérontologie, région Europe et coordonnateur du groupe de recherche et de réflexion Éthique et vieillesse à l'Espace éthique AP-HP, Paris (en 2005).

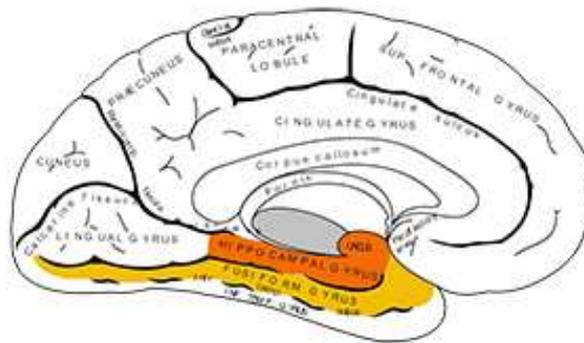
<sup>2</sup> "La beauté dans le cerveau", de Jean-Pierre CHANGEUX, Ed. Odile Jacob. 2016.

<sup>3</sup> L'esthétisme du grec "aisthêsis" signifiant sensation, désigne l'étude des seules émotions qui se rapportent à la beauté-

<sup>4</sup> ALAJOUANINE T. Cf. Aphasia and artistic realization. Brain 1948 ; 71 :p 229-41.

« **neuropsychologie des arts** »<sup>1</sup> .Via Dahlia ZAIDEL, neuropsychologue, puis J.P CHANGEUX neurobiologiste<sup>2</sup>, nous comprendrons encore davantage **les réseaux et mécanismes cérébraux impliqués dans le jugement de ce qui est beau**. La "neuro-esthétique " est née.

**Dans le domaine pictural**, les travaux de Semir ZEKI<sup>3</sup>, neurobiologiste, sur le traitement cérébral de l'information visuelle apportent **des informations importantes à la compréhension de certaines parties cérébrales**. Celles-ci sont **activées** lors de visionnage de couleurs, de formes, de reconnaissance de visages. Ces études ont démontré par exemple, que la vue d'un portrait active une région spécifique du cerveau (le gyrus fusiforme) tandis que la vue d'un paysage en active une autre (le gyrus parahippocampique).



**La vision d'une œuvre stimule donc des zones spécifiques du cerveau et suscite par conséquent des émotions particulières.**

Qui n'a pas un jour ressenti du plaisir, de l'émerveillement, ou à l'inverse du déplaisir, tel le rejet ou le dégoût, par exemple, face à une œuvre?

**Qu'en est-il alors pour les malades Alzheimer dont certaines parties du cerveau sont lésées?**

### **Maladie d'Alzheimer et pratique artistique**

La MA\* est caractérisée par **l'atteinte d'un grand nombre de mémoires** dont on peut soupçonner **l'impact négatif que celles-ci pourraient jouer sur la production artistique**. En effet, les troubles de la mémoire épisodique à court et long terme, le déficit d'attention, pourraient engendrer une perte du fil de la pensée ou de l'intention créatrice, établissant ainsi toute impossibilité à la création. La mémoire sémantique altérée pourrait amener à une vision faussée du monde et de la réalité. Sa reproduction en serait donc irréalisable. Les troubles dysexécutifs\* pourraient limiter le malade à la reproduction de copie, en rien à l'élaboration

<sup>1</sup> ZAIDEL DW. Neuropsychology of art: Neurological, cognitive, and evolutionary perspectives. Hove, UK: Psychology Press, 2005.

<sup>2</sup> CHANGEUX JP. "Du vrai, du beau, du bien : Une nouvelle approche neuronale". Paris : Odile Jacob, 2008.

<sup>3</sup> ZEKI S." L'artiste à sa manière est un neurologue" (dossier : le cerveau artiste). La recherche 2000 ; 4 : 98-100.

d'une création originale. Les difficultés visuo-perceptives et visuo-praxiques entraîneraient une gestuelle inappropriée, non propice au dessin par exemple.

**On pourrait donc penser que les caractéristiques de cette pathologie ne permettent en rien d'élaborer une quelconque création ou l'expression d'une créativité.**

Hors, il n'en est rien, bien au contraire.

**L'activité du système émotionnel**, au cours de la maladie d'Alzheimer, lors de situations potentiellement agréables, **serait plus importante que celle du système mnésique** Cf ERGIS<sup>1</sup>. Ce qui laisse discerner qu' **une pratique artistique axée sur l'intérêt du patient stimulerait cette partie cérébrale et lui procurerait donc des émotions positives.**

En 1987, Jeffrey CUMMINGS et J.M ZARIT<sup>2</sup> publiaient le cas d'**un malade DTA\*** suivi pendant deux ans et demi qui **préservait des capacités artistiques relativement présentes par rapport à son déclin cognitif.**

En juin 2005, Luis FORMAZZARI a édité le cas d'**un patient souffrant d'une forme précoce de MA, qui a su conserver ses capacités créatrices tout au long de l'évolution de sa pathologie.**<sup>3</sup>

Récemment, au Canada, les travaux de Isabelle PERETZ<sup>4</sup>, ont permis d' étudier **le lien entre la musique et la pathologie MA\***: Ils ont conclu à **un modèle de reconnaissance musicale.**

Ceux de l'équipe du Pr Francis EUSTACHE, chercheur en neuropsychologie et en imagerie cérébrale à Caen ont démontré "*le maintien de certaines capacités d'apprentissage et la conservation d'une mémoire musicale*" chez des patients MA à des stades modérés et sévères<sup>5</sup>.

Comme le rapporte Hervé PLATEL, neuropsychologue<sup>6</sup>, **la peinture, la musique l'odorat-thérapie sont des médias intéressants dans la régulation de l'humeur**, mais semblent surtout être de **véritables stimulants cognitifs permettant de révéler des capacités préservées d'apprentissage implicite jusqu'à un stade avancé de la pathologie.** Elles permettent aussi **d'augmenter la qualité relationnelle et d'interaction sociale de ces patients.**

---

<sup>1</sup> ERGIS A.-M "Lien entre mémoire et émotion chez les déprimés et les patients Alzheimer". Congrès SGGIF, CMRR-IF, 12 mai 2005.

<sup>2</sup> CUMMINGS J.L. et ZARIT J.M "Probable Alzheimer's disease in an artist. Jama 1987;258 : 2731-4.

<sup>3</sup> FORMAZZARI L. "Preserved painting creativity in an artist with Alzheimer disease. Eur J Neurol 2005;12 : 419-24

<sup>4</sup> PERETZ I. The nature of music from a biological perspective. Cognition 2006 ; 100 : 1-32.

<sup>5</sup> PLATEL H, PRICE C, BARON JC et al. The structural components of music perception: A functional anatomical study. Brain 1997 ; 120 : 229-43.

<sup>6</sup> PLATEL H.-Conférence "La semaine de la mémoire" 2016-, dans le domaine des maladies neurodégénératives, tel Alzheimer,

La pratique artistique est donc utile, et ce, à des stades avancés de la pathologie.

**En prise en charge groupale, elle amplifie, soutient la cohésion sociale. Au niveau individuel, elle permet à l'individu une régulation socio-émotionnelle, aide à améliorer ses performances donc à préserver sa cognition restante.**

L'histoire de la peinture démontre une préservation de la créativité des artistes atteints de cette pathologie.

### **Qui sont-ils et quel impact la maladie a exercé sur leur production artistique?**

#### **Les artistes atteints de la maladie d'Alzheimer**

Willem de Kooning est reconnu comme l'un des maîtres de l'expressionnisme abstrait. Atteint de MA, il va continuer à peindre et **ses productions vont au contraire, en être que plus abondantes**. Avant sa pathologie, l'artiste retravaillait en permanence ses toiles, tel un TOC\*, qu'il considérait toujours comme inachevées. Développant la pathologie Alzheimer à un stade avancé, il va créer **254 tableaux** entre 1981 et 1986.<sup>1</sup> Les experts artistiques qualifieront **son Art de libre et vivant, plus spontané**, caractérisé par une simplification des couleurs <sup>2</sup>.



Willem de KOONING.

William UTERMOHLEN, diagnostiqué également Alzheimer, montrera pendant sa pathologie, à travers ses autoportraits, **la persistance d'une capacité à communiquer les émotions du moment**. Ses toiles bien que plus schématiques, relatent son anxiété, sa perplexité face à la maladie, sa tristesse, témoignant d'une **intensité créatrice inébranlable**.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>ESPINEL CH. De Kooning's late colours and forms : dementia, creativity, and the healing power of art. Lancet 1996 ; 347 : 1096-8.

<sup>2</sup> Cf. GARRELS du San Francisco Muséum of Modern Art.

<sup>3</sup> CRUTCH SJ, Isaacs R, Rossor MN. Some workmen can blame their tools : artistic change in an individual with Alzheimer's disease. Lancet 2001 ; 357 : 2129-33.

Carolus HORN, illustrateur, développera aussi une maladie d'Alzheimer. La simplification du trait, la limitation chromatique dues à la pathologie, apporteront **originalité et fraîcheur**, contrairement à ses premières toiles jugée "très, voir trop académiciennes".<sup>1</sup>

Il semble donc, à travers ces quelques exemples, que **la maladie à défaut de mettre en l'artiste dans une "incapacité de peindre", permet au contraire, de développer son œuvre** en déposant ses angoisses et ses souffrances sur la toile. **La pratique artistique semble alors permettre de libérer sur support un mal-être pour tendre vers un mieux-être.**

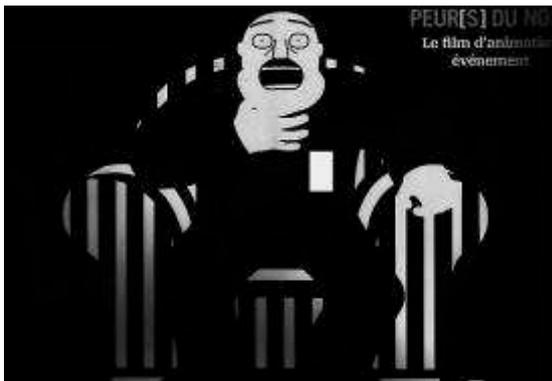
### *L'Art pour aider à aller vers un mieux-être*

Dès l'époque préhistorique, les premiers hommes utilisaient l'Art à travers des peintures rupestres pour soulager leur angoisse."Un chasseur alla trouver l'homme qui peignait un mammoth au fond d'une caverne pour le supplier de l'aider à chasser ses angoisses qui lui rongeaient le cœur". Cf. le Pr. Jean-Jacques GIRAUD, pharmacien, artiste et musicien<sup>2</sup>.

Depuis des siècles, les différents courants artistiques ont montré que l'individu utilise ce moyen d'expression pour s'identifier, s'affirmer, déposer son ressenti sur lui-même ou la société qui l'entoure : exprimer ses émotions, se soulager.

Hildegarde de BINGEN, compositrice et femme de lettres franconienne, XIIème siècle, invoque que " *La guérison du corps ne suffit pas, il faut également prendre en compte l'âme*".

Notre expérience personnelle antérieure de graphiste nous a montré que les émotions humaines ont toujours été mise en support dans différentes créations. Nous avons, pour exemple, participé à l'élaboration du film « Peur(s) du noir » qui illustre parfaitement les peurs et l'angoisse de chaque individu.



Richard Mc GUIRE , illustrateur « : Illustration de peur(s) du noir »pour la couverture du Magazine *BoDoï* février 2008.

<sup>1</sup> MAURER K, Prvulovic D. Paintings of an artist with Alzheimer's disease : visuostructural deficits during dementia. J Neural Transm 2004 ; 111 : 325-45. Sellal F. Alzheimer en peinture. Cerveau et Psycho 2004 ; 8 : 88-92.

<sup>2</sup> Pr. GIRAUD JJ., Pharmacien, Chevalier du Mérite des Arts et Lettres, Directeur du Diplôme Universitaire d' Art-Thérapie de la Faculté de Médecine de Poitiers

**L'art comme instrument d'inclusion sociale, de prise de parole, de déclencheur et de dépôt d'émotion, de redéfinition de l'identité personnelle. L'art comme antidote au désespoir, à la colère, à l'absence de sens.**

*"L'Art est ce qu'il y a de plus près de la vie, c'est une façon d'amplifier l'expérience et de pousser nos interactions avec nos concitoyens au delà des limites de notre sort personnel"*  
Georges ELIOT- Romancière considérée comme l'un des plus grands écrivains victoriens.

**Si l'art a cette capacité de tendre vers un mieux-être, agit-il également sur l'objectif de notre protocole : la diminution de l'anxiété et une revalorisation de l'estime de soi?**

### **De l'Art pour diminuer la souffrance anxieuse et Re-trouver une estime de soi favorable**

Comme nous l'avons vu dans sa description, l'anxiété est par définition " Une manifestation émotionnelle, un état subjectif de détresse, un sentiment pénible ".

La pratique artistique quant à elle, stimulerait certaines parties cérébrales, comme expliqué au chapitre **4-1.1** et **procurerait donc au patient des émotions positives.**

Comme le démontre Jean-Luc SUDRES, psychologue et psychopathologiste, **les émotions restent intactes pour le malade MA\***. Il le prouve à travers son étude portant sur l'évolution de la résultante émotionnelle et l'implication artistique du patient MA\*. <sup>1</sup>

Une nouvelle étude de l'université de Drexel, Philadelphie, a révélé que l'art plastique encadré par un(e) art-thérapeute, **peut réduire considérablement les hormones liées au stress.** Cette expérimentation a démontré que le cortisol, hormone liée au stress **diminuait de 75% sur les sujets lors d'une pratique artistique** -modelage et collage<sup>2</sup>.

L'art dans sa pratique, semblerait être "**une certaine forme d'anxiolytique naturel**", un **traitement non médicamenteux efficace.**

Comme démontré précédemment, la diminution de la souffrance anxieuse est en corrélation avec l'estime de soi: une anxiété diminuée aide à retrouver une estime favorable de l'individu. Par l'art-thérapie, à travers **la valorisation de la personne**, nous souhaitons **l'aider à rétablir une image d'elle-même positive, mettre en avant les capacités et potentialités restantes** plutôt que les difficultés éprouvées et souvent répétées. Il est à noter que cette renarcissisation ne vise pas à renforcer l'ego ou à développer l'individualisme mais à **favoriser**

---

<sup>1</sup> J.L SUDRES : La personne âgée en art-thérapie de l'expression au lien social - L'Harmattan - p247

<sup>2</sup> RAY Kendra, MUNIZ Juan "Réduction des niveaux de cortisol et des réponses des participants à la réalisation artistique" juin 2016

**l'individuation.** Cette approche et les objectifs souhaités impliquent une posture, une image et des paroles adaptées.

**Art-thérapeute : une posture, une image et des paroles pour conduire à LA relation**

La relation relève d'un **engagement réciproque** entre les deux protagonistes permettant l'**instauration d'un climat de confiance, une relation respectueuse, un espace sans jugement garantissant une corrélation authentique et bienveillante. Pour favoriser son installation, une posture, une image et des paroles adaptées nous ont paru fondamentales.**

**Une posture soignante qui implique un dialecte approprié au corps médical :**

L'art- thérapie semble être une pratique nouvelle en France, bien que présente depuis plus de 15 ans. L'intégration dans une structure telle ici présentée, nous a paru demander l'apprentissage de quelques notions d' un langage, appelé communément "Jargon médical", afin de saisir les problématiques patientelles, d'échanger et répondre aux besoins des équipes, et en découler sur des prises en soin patientelles précises et adaptées.

L'importance de l'image du soignant nous paraît également une notion importante.

**L'importance de l'image du soignant par le vêtement porté**

Le port de la blouse dans des structures telles EHPAD\* et UHR\* semble avoir été appropriée à l'art-thérapie qui est avant tout, une **prise en charge soignante**, tout comme les autres soignants qui la portent. Ce signe "distinctif" a permis non seulement, de faire la **différenciation** avec une certaine idée d'"animation"ou "d'occupationnel "que peut susciter une " première idée" de ce métier, mais aussi et surtout, **d'instaurer un cadre et une distance thérapeutique nécessaire avec le patient.** Le port de la blouse a favorisé ainsi la **prise de conscience du malade d'être en soin.** L' apport de lettrages et de formes colorées ajoutés à celle-ci ont eu pour fonction d'aider à **la cognition du sujet:** Ce dernier a **Reconnu** et **Identifié** plus aisément le thérapeute que nous sommes.



**La couleur du vêtement,** est aussi une notion qui nous semble importante. En effet, sa perception et son usage peut être, particulièrement pour les personnes âgées, **symboliques et**

**idéologiques.** "Le port de la couleur noire revêt d'emblée une connotation négative, car il est ténèbres, mort, néant" Cf. Michel PASTOUREAU<sup>1</sup>.

Aussi, il nous paraît indéniable de prendre en compte cette notion, pour nous présenter aux patients. Ce "détail" peut paraître insignifiant, mais il contribue à **une image globale positive et à une approche considérant le patient dans son ensemble, dans son respect et celui de sa souffrance tout entière.**

### **Un cadre thérapeutique qui amène une relation respectueuse.**

« Pour faciliter le dévoilement il est impératif d'offrir un cadre thérapeutique rassurant, sécurisant et sans jugement. Le cadre thérapeutique se définit par la mise en place d'un environnement protégé et propice à la création ». HAMEL J. et LABRECHE J- Art-thérapeutes<sup>2</sup>

Il nous semble que le cadre se doit d'être **solide**, pour faire **face à la fragilité des personnes**. Un cadre autorise la liberté de créer: en effet, la contrainte et les limites libèrent. Elles permettent la créativité. Une absence de cadre, ou pas suffisamment contenant, entraîne bien souvent une inhibition.

**C'est donc par le cadre, la contrainte, les limites, que vient l'accès à la créativité et in fine la possibilité d'une expression libérée.**

Nous estimons aussi que le thérapeute se doit **d'adapter ce cadre à chaque individu**. Le cadre est élastique : il peut donc être renforcé, ou au contraire s'ouvrir, mais tout en gardant la distance thérapeutique (le positionnement du soignant par rapport au patient) indispensable. Hormis le cadre, le regard, la voix et l'écoute nous semblent devoir être tout aussi adaptables à chaque individu.

### **Un regard, une voix, une écoute adaptées**

**La construction d'une relation** est accompagnée par **le premier canal qui est le regard**. Malgré la dépendance, la maladie, la démence, il nous semble devoir avoir un regard "humain", c'est à dire de faire reconnaître à la personne souffrante sa caractéristique d'être humain.

*"La relation thérapeute-patient tire en tout premier lieu son sens du croisement de deux regards, l'un à visée thérapeutique rencontrant l'autre, un regard de détresse où s'inscrivent la souffrance et l'angoisse".* Cf. Benoit PAIN- Professeur de Philosophie Associé à l'UFR Médecine et Pharmacie de l'Université de Poitiers.

**La voix est le reflet de notre identité.** Une voix **calme** est agréable d'un point de vue auditif, elle a souvent tendance à rassurer et apaiser par mimétisme celui qui l'entend.

---

<sup>1</sup> PASTOUREAU Michel "Noir : histoire d'une couleur", Edition du Seuil, p 210, 2008.

<sup>2</sup> HAMEL J., LABRECHE J. « Découvrir l'Art-thérapie ». Larousse, 2010

**Une écoute bienveillante** nous semble être indispensable, particulièrement sur ce public qui est en forte demande. Les personnes sont souvent "isolées" par la maladie, perdues et inquiètes par leur mémoire qui s'enfuit. Institutionnalisées, elles bénéficient parfois de visites familiales rares ou inexistantes, qu'elles ne peuvent, en fin de pathologie, reconnaître.

Nous avons également utilisé l'empathie, pour comprendre et tenter de répondre à ce besoin d'écoute important, et aider à favoriser la création d'une relation soigné/soignant.

### **L'utilisation de l'empathie et des neurones miroirs**

**L'empathie** trouvant son origine chez Théodore LIPPS<sup>1</sup> est un **mécanisme de mimétisme**, c'est à dire d'imitation inconsciente et automatique d'autrui, de sa posture, de sa mimique, qui permet de réactiver en soi le souvenir d'une émotion analogue à celle ressentie par l'autre. L'empathie s'effectue via les **neurones miroirs**, appelés système résonnant " *des neurones qui s'activent de la même manière quand ils perçoivent un mouvement de l'autre, que l'on pourrait résumer ainsi : le cerveau a la propriété de "reproduire" le cerveau de l'autre* Cf. GEORGIEFF<sup>2</sup> .

Ce concept des neurones miroirs trouve son origine lors de la découverte chez le singe de « neurones miroirs » (RIZZOLATI *et al*, 1996).

En utilisant l'empathie, notre "cerveau social", nous nous sommes mis à la place du patient, adaptés, afin de le comprendre davantage. Nous avons ainsi contribué par mimétisme commun, à l'installation d'une relation respectueuse puis de confiance.

NB :Depuis 1980, la thérapie par l'empathie ou "Validation therapy", utilisée par Naomi FEIL<sup>3</sup> visent une meilleure compréhension des besoins et des émotions du sujet MA par l'utilisation de l'empathie. Cette thérapie a pour objectif de favoriser la relation, réduire le stress, améliorer le bien-être du sujet, et restaurer son estime de lui-même.

Enfin, " l'humour dosé "fut ajouté à l'utilisation de l'empathie pour favoriser davantage encore, cette relation soigné/soignant. Mais l'humour a également bien d'autres vertus ...

---

<sup>1</sup> LIPPS Théodore -1907- philosophe allemand connu pour ses travaux sur l'empathie.

<sup>2</sup> GEORGIEFF Nicolas, Psychiatre et Chef de service à l'hôpital du Vinatier, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université Lyon-I. Membre de l'institut des sciences cognitives de LYON. -DVD-entretien avec Alain BOUVAREL en 2010 : "l'empathie au croisement des neurosciences et de la clinique".

<sup>3</sup> FEIL Naomi. Validation The Feil Method. How to help the disorientated old-old. Feil Productions, Cleveland, 1982.

FEIL Naomi. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's type dementia", Baltimore, Health Promotion Press, 1993.

## L'utilisation de l'humour

Identifier et comprendre les expressions faciales permet de faire des interférences sur autrui, sur ses intentions et son état émotionnel. C'est un facteur d'adaptation.

Selon KHOSRAVI, " *Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer communique beaucoup avec ses yeux, son sourire, pour se faire comprendre. C'est aussi nos expressions faciales qui lui permettraient de nous comprendre*".<sup>1</sup>

**L'humour est un "outil" qui peut s'avérer particulièrement opérant. Tout est question de mesure et d'intuition du thérapeute, de dosage, tels les médicaments, avec une bonne connaissance de la ou des personnes.**

L'humour est un **médian relationnel incontestablement positif, impliquant une certaine complicité dans les échanges.**

D'un point de vue physiologique, l'humour qui entraîne parfois le rire, **stimulerait le système cardiovasculaire, favoriserait l'oxygénation du sang, entraînerait la sécrétion d'endorphines, et amplifierait le système immunitaire**<sup>2</sup>.

Selon Cheryl TATANO BECK<sup>3</sup>, " *L'humour provoque une stimulation des systèmes circulatoires, la relaxation des muscles et une augmentation de la production d'endorphines*".

HERTH<sup>4</sup> reprend ces notions dans son étude sur l'humour chez les personnes âgées. " *L'humour a pour rôle le lien à l'autre, la relaxation physique et l'apaisement psychologique, la remise en forme par la manifestation d'un éclat de vie et la restauration de la combativité, l'évasion du présent et des difficultés quotidiennes, la joie et la perspective c'est-à-dire la prise de recul sur les événements afin de pouvoir les regarder d'un œil neuf*".

D'un point de vue psychologique, **il intervient comme un mécanisme d'adaptation face à la maladie**, on parle en anglais de "*coping humor*", "*coping*" ayant la valeur de **résilience**. Il **permet aussi de diminuer le stress**<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> KHOSRAVI, Mitra. La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. pp. 199-213

<sup>2</sup> CROISILE B. "Humour et Maladie d'Alzheimer : un oxymore?" -Maladie d'Alzheimer et Communication -J.Touchon,. A. Gabelle, V. Brun- p 18-21. Edition Sauramps Medical 2013

<sup>3</sup> TATANO-BECK, Cheryl. Humor in nursing practice: a phenomenological study. pp. 346-352

<sup>4</sup> PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. Humor and laughter may influence health. I. History and background. pp. 61-63 144 HERTH, Kaye Ann. Humor and the older adult. pp. 146-153

<sup>5</sup> LEFCOURT Herbert, DAVIDSON Karina, PRKACHIN Kenneth et al.. Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks. pp.523-542

Allier humour et Alzheimer peut paraître déplacé: cette pathologie étant souvent assimilée aux difficultés du patient et de son entourage. Mais filtrent parfois chez certains malades, des moments d'humour reflétant la vivacité d'une intelligence.

→ **La définition même de l'humour**, selon Larousse "*est une forme d'esprit*", **aptitude éminemment cognitive.**

L'humour est reconnu pour être **communicatif et contagieux**. Devant la tristesse, l'apathie de certains malades, se présenter souriant, utiliser cette forme de communication **permet d'ouvrir, chez certains patient, le dialogue plus facilement et favorise le contact relationnel.**

Selon RENGADE, "*L'humour assure une connexion authentique entre les personnes*".<sup>1</sup>

Il permet **d'augmenter le niveau de soutien social** en apaisant les conflits et en émoissant les tensions interrelationnelles. **Il renforce aussi le sentiment d'estime de soi, grâce à son rôle de catalyseur social** cf. FORTIN<sup>2</sup>

De plus, devant l'évolution dramatique de cette maladie chronique incurable, souligner l'humour au patient ne signifie pas que l'on délaisse notre compassion envers lui, mais **rajoute au contraire un peu d'humanité**. Utiliser l'humour c'est aussi permettre l'évacuation d'une souffrance, la dispersion de l'anxiété, c'est aussi savoir prendre du recul Cf. BEAUMARCHAIS "*Je me presse de rire de tout de peur d'être obligé d'en pleurer*".

Nous nous souvenons de Mme C qui verbalisait fréquemment à notre vue: "*Vous avez toujours le sourire, ça fait du bien !*", M. B qui modifiait les paroles de ses chansons "*Adieu cigales provençales, dans les vergers rigolons toujours!*"

L'humour impose **3 valeurs pour être une marque d'intimité thérapeutique** :

- Une **distance émotionnelle** nécessaire qui s'impose entre l'objet de l'humour et son destinataire pour susciter "*une anesthésie momentanée du cœur*" selon l'expression de BERGSON<sup>3</sup>.
- Il se veut de **provoquer une distraction**, une incongruité qui provoque une légère déstabilisation rapidement comprise par l'interlocuteur.
- Il **se doit surtout d'être en totale bienveillance** pour ne laisser ni humiliation ni blessure à autrui.

Un humour approprié, est donc un facteur d'adaptation. Il permet non seulement d'entrer en relation avec le patient, mais contribue aussi à renforcer les échanges par la complicité qu'il

---

<sup>1</sup> Dean RAK, Gregory DM. More than trivial: strategies for using humor in palliative care. Cancer Nurs 2005; 28-04: p 292-300

<sup>2</sup> FORTIN B. L'humour et la santé : une relation drôlement complexe-PsycholQue 21/05 2004, p 35.

<sup>3</sup> H. BERGSON "Le rire"-Paris-Edition PUF 1999.

instaure. Contagieux, mais dans le bon sens du terme, il contribue à une meilleure santé physique et morale et se répand, tel un rayonnement positif sur le patient, mais aussi sur l'équipe pluridisciplinaire, comme le souligne questionnaire adressé aux soignants, à la fin de cette étude.

C'est en tenant compte de notre posture et image, en appliquant paroles et écoutes adaptées que nous avons mis en place l'atelier art-thérapeutique.

### **La mise en place d'un atelier Art-thérapeutique au sein d'une RPA, dans 3 structures.**

NB : Pour la plupart des personnes âgées, le rapport à la peinture n'est pas une activité familière. En effet, leur vie active était bien souvent empreinte et valorisée par un travail dit "utile". **Cette activité artistique fut donc souvent associée à une absence de savoir faire, à une crainte de ne pas être en capacité de...** accentuée pour certains patients d'une gestuelle et praxie fine altérées, par la MA ou pathologie associée (ex : polyarthrite). D'où **l'importance d'une approche particulière** (cf. les chapitres 1 à 4), **aidant à établir une relation qui amène au désir de participation.**

#### **Le lieu**

Il fut adapté au malade.

-**En chambre** si ce dernier le souhaitait ou si sa fatigue était importante.

-**En salle d'activité modifiée**, pour aider à favoriser un endroit agréable : apport d'images, de matériaux colorés, panneau signalétique "Art-thérapie" pour favoriser la cognition.

Cet aménagement a parfois été réalisé en rappel avec la biographie du patient, uniquement après que nous nous sommes assurés que l'installation était cadrée dans une optique favorable. (Cf. l'espace en atelier d'artiste pour M. B).

**Un espace non loin de la chambre** du patient fut aussi **privilegié**, dans la mesure du possible, en fonction de la structure. En effet, la marche, quand celle ci le permet encore, est souvent difficile, liée à des pathologies ou prothèses associées (polyarthrite, PTH..), port d'une aide à la marche (cane, déambulateur) générant douleurs et souffrance.

Le déplacement en fauteuil fut exécuté de façon lente. Après avoir demandé conseil auprès de l'équipe soignante, elle nous a fortement recommandé de le mouvoir lentement pour éviter toutes manifestations somatiques (vertiges par exemple).

Nous avons parfois rencontré des difficultés pour faire entrer le patient en atelier, et ce pour différentes raisons. Nous développerons ici 2 d'entre elles :

La déambulation. Le malade est anxieux, cherche ses proches ou ses repères, se pensant parfois à son domicile: il déambule. Une promenade a été réalisée parfois, en amont de la prise en charge, pour soulager ce besoin de déambulation.

L'apathie. Le patient connaît des troubles thymiques constants dans cette pathologie. Il oscille entre désintérêt et enthousiasme. La prise de certains médicaments tels les anxiolytiques peuvent amplifier ces changements d'humeur, la fatigue psychique ou somatique, la douleur d'un ou des membres également.

→ Une rassurance, un rappel des centres d'intérêts par des mots clefs ou l'utilisation du chant apprécié par le malade furent alors utilisés pour tenter de "sortir" la personne de ces symptômes.

### Le matériel

Le matériel fut présenté en tenant compte de l'entretien personnel réalisé avant la prise en charge: les intérêts signalés, les demandes spécifiques de la personne.

La majorité du temps, il a été mis en place **en amont de la séance**. Il a ainsi permis au patient de bénéficier immédiatement du matériel "adéquat", mis à sa disposition.

Mais nous avons remarqué que certains patients aimaient découvrir un panel d'outils et de matériaux. C'est pourquoi, dans ce cas, nous avons alors opté pour laisser à la personne l'intégralité du matériel graphique et faire son choix, dans la mesure de ses capacités, en l'aidant quand elle rencontrait des difficultés.

Par contre, les outils aussi diverses soient-ils furent limités dans leur variété.

Nous avons en effet constaté lors du stage en bénévolat, **qu'une grande diversité de couleur, de matériaux avaient tendance à déstabiliser certaines personnes**. A la vue d'un large panel, celles-ci rencontraient des difficultés à émettre un choix. La désorientation, caractéristique de la maladie d'Alzheimer, favorise les difficultés de choix. Aussi, nous avons préféré **limiter son nombre dans un premier temps et l'agrandir ou non, afin que le sujet reste "confortable"**.

→ L'installation du matériel s'est donc effectuée de manière personnalisée, en amont de séance pour la majorité des personnes, en début d'atelier pour d'autres.

**La taille du support** nous a paru également un critère à prendre en compte. Hormis une demande spécifique du patient, comme pour M. B, **le grand format**, tout comme un large panel de couleur, semblent renforcer les troubles spatio-temporels. Face à de grandes dimensions, le patient paraît s'y perdre. Il verbalise sa crainte de ne pas savoir où démarrer, situer sa production. Il nous a donc paru plus confortable de proposer, pour certaines personnes et particulièrement dans les premières séances, un petit format de type A5 ( 14 x 21 cm), plus rassurant, permettant un démarrage de production plus aisé.

Nous avons également opté pour la méthode MONTESSORI adaptée à la maladie d'Alzheimer. Cette approche permet aux personnes, dans des structures adaptées de continuer à vivre le plus possible "comme à leurs habitudes", d'être en activité, se sentir utile. Nous

avons utilisé cette méthode dans le cadre de la préparation ou du rangement de l'atelier afin de mettre en valeur leurs capacités, réactiver ce sentiment d'utilité.

Tenir compte du matériel, du support, afin qu'ils soient le plus adaptés possible- à la personne et à ses centres d'intérêt- permet d'éviter une mise en avant des ses difficultés et générer ainsi une anxiété supplémentaire.

### Matériel et vocabulaire

Nous nous sommes également **adaptés au vocabulaire utilisés par les patients pour désigner le matériel**. En effet, les personnes âgées utilisent parfois des locutions anciennes pour désigner des outils. (cf. M. B "mine effilée correspondant à un crayon finement taillé). Nous avons donc retenu ces expressions pour faciliter l'échange.

Il est à noter que pour chaque séance, "**une bouée de secours**" fût préparée en amont, c'est à dire un autre sujet de création ou/et un outil différent **afin d'éviter une mise en échec du patient ou, pour pallier à une dérive sur un souvenir négatif générant souffrance ou difficultés**.

### La prise en charge individuelle

Elle fût privilégiée dans une perspective de **valorisation identitaire et d'accomplissement de soi**.

De plus, une relation 1/1: soigné/soignant, a permis d'établir **un contact relationnel direct avec la personne**. Une relation privilégiée où cette prise en soin lui est uniquement réservée. Cela nous a également autorisé à nous concentrer davantage sur le besoin d'écoute et de rassurance important, d'apaiser, de cadrer si besoin les SCPD fréquents dans ce stade de la pathologie. Ce "duo" a d'autant plus aidé à favoriser la mise en place progressive d'une relation de confiance.

Enfin, nous avons été conforté dans cette démarche de soin personnalisé, lors des perturbations que peuvent entraîner la présence d'une tierce personne cf. l'étude de cas de Mme A.

### La durée

La durée des ateliers fut **variable**, en fonction de l'état de fatigue du patient, mais était généralement **de 45mn à 1h**. Il nous est arrivé d'être surpris avec cette cible de patient que certaines séances se prolongent jusqu'à 1h30 (cf. Mme G Séance 3, Mme F à deux reprises).

### Le déroulement de la séance

Comme nous l'avons vu, la pathologie Alzheimer atteint la mémoire immédiate, accompagné de troubles spatio-temporels. Chaque séance fut donc fixée sur l'instant T du moment : **Vivre au présent** le déroulement de l'atelier pour **Retrouver les émotions et sensations enfouies du passé**.

Pour nous présenter, nous ne posons que rarement la question aux patients "Comment allez-vous?". Nous lui préférons souvent " Nous sommes ravis de vous voir !", impliquant ainsi **une "note" positive dès la rencontre.**

**Chaque séance** fut établie de **manière identique, tel un rituel** pour faciliter la cognition du patient.

Un "**starter**"- activité courte qui a pour but de détendre le patient, l'amener vers une idée ou une proposition de sujet- fût axé sur l'odorat-thérapie ou la musicothérapie pour leurs intérêts expliqués paragraphe1-2.

Concernant le starter musicothérapie, il nous a paru important d'apprendre certains chants patois (le catalan, le charentais), pour aider au dialogue, favoriser la cognition et maintenir l'échange relationnel.

**Des déclencheurs** ont parfois aidé à démarrer une création par les arts-plastiques.

Pour exemples :

- Une première trace au crayon ou à la peinture, une photo collée choisie préalablement par le patient, contribuent à diminuer l'appréhension ou la sensation de vide de la page blanche.

- "Le prêt de main" et /ou "la peinture à deux mains" : Le patient rencontre très souvent des difficultés pratique liées à son grand âge, sa pathologie, sa pharmacologie. Il lui est parfois compliqué de se servir de ses mains, ou indique ne pas être capable de, ne pas "savoir faire" phénomène accentué par une estime de soi faible. Nous avons donc parfois participé avec lui pour l'encourager à produire, favorisant ainsi la relation à travers un échange ludique. Cf. Mme G, séance 7 -"*Vous allez m'aider, nous formons une bonne équipe toutes les deux*". Lorsque le participant a commencé à être plus à l'aise, à s'approprier sa création, nous le laissons progressivement seul pour poursuivre sa création.

**Accompagner, soutenir, rassurer permet à la personne d'avancer dans son activité créatrice et d'explorer de nouveaux outils**, de nouvelles formes, qu'elle ne se sentait pas "capable" au départ d'aborder. Elle devient actrice, existante.

*"Se sentir exister, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'ex-ister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre"*  
MALDINEY-1973, Philosophe de l'Art et du trouble mental.

**La fin de séance**

Nous avons à de nombreuses reprises constaté **le plaisir sensoriel des patients** face au toucher de la matière que l'outil leurs permettait, **la satisfaction esthétique** par leurs larges sourires pendant la création puis à la vue de leur production. **Une verbalisation** fut également remarquée.

Nous avons constaté qu'à **la vue du résultat de leur création**, certaines personnes s'étonnaient de l'esthétisme produit, allant jusqu'à **une satisfaction véritable**. "*ça c'est de l'art, et l'art c'est de la poésie!*" Cf. M. B séance 7.

La finalité d'une production n'est pas tendue vers le "beau", qui est un terme subjectif et donc restrictif. **La production créative vise davantage à aller vers le mieux-être, à retrouver des sensations perdues ou inédites, à retrouver confiance et estime de soi par l'Expression.** Ce chemin se fait au fur et à mesure des séances, au rythme de chacun.

**NB** : Aucune production ne sera représentée au patient à la séance suivante, afin d'éviter une non - reconnaissance de celle-ci et générer ainsi une anxiété, une "mise en avant" de sa mémoire qui s'enfuit.

Les créations seront affichées ou non à la demande de la personne, dans sa chambre (EHPAD\* et UHR\*) ou emportées à domicile si elle le souhaite (AJA\*). Cette démarche a permis certaines réémergences de séances, favorisant la cognition du patient. *"J'aimerais refaire un arbre comme la dernière fois pour qu'il ne se sente pas seul"* Cf. Mme G.

Elle permet aussi **une mise en avant des capacités de la personne face à son entourage et à l'équipe pluridisciplinaire**, qui pourrait notamment indiquer des goûts ou capacités lors d'activités menées au sein de l'établissement.

La fin de séance fut aussi un moment de partage, de dialogue autour de la création réalisée, se tournant parfois sur des confidences personnelles de la personne prise en soin. De nouvelles demandes, de nouveaux centres d'intérêt virent également le jour. Le patient s'inscrivait dans de nouveaux projets.

Pendant ces 8 séances individuelles, nous avons tenté d'établir, par nos observations, certaines verbalisations récurrentes des patients axées sur leur centres d'intérêt , de nouveaux encodages.

#### Une expérience via de nouveaux encodages :

Tout comme Odile LETORTU, Gériatre à Biéville, région de Caen, qui a expérimenté de façon concluante de nouveaux encodages à partir d'apprentissage de chanson **inconnue** sur **des patients présentant les mêmes scores**, nous avons tenté l'expérience d'en instaurer et en avons **institué dès la première PES\***. Ces nouveaux encodages correspondaient à la personnalité ou à l'intérêt de chacun. Chaque encodage sera répété 10 fois à chaque séance, sur les 8 séances du protocole.

#### Nouveaux encodages

**Mme A : Prénom : Paulette** (qui apprécie particulièrement la coquetterie)

→ Nouvel encodage d'un adjectif : Paulette la coquette

**Mme G** (appréciant particulièrement l'humour).

→ Nouvel encodage de deux expressions: "Roule, ma poule! Et "En avant Guingamp!"

**M. B** (à son terme répété "**précis**" une correspondance avec le mot "**cohérent**".)

→ Nouvel encodage d'un adjectif : "Précis et cohérent"

**Résultats des nouveaux encodages**

<b><u>Séances</u></b>	<b><i>1</i></b>	<b><i>2</i></b>	<b><i>3</i></b>	<b><i>4</i></b>	<b><i>5</i></b>	<b><i>6</i></b>	<b><i>7</i></b>	<b><i>8</i></b>
<b><u>Mme A</u></b>	2	2	2	2	5	5	5	5
<b><u>Mme G</u></b>	2	2	2	3	3	5	5	5
<b><u>M. B</u></b>	1	1	1	3	3	3	5	5

*Cotations : 1 : ne réagit pas / 2 : expression faciale positive (sourire) / 3: verbalise une partie du mot ou expression avec aide / 4 : verbalise une partie du mot ou expression sans aide / 5: répète l'intégralité du mot ou expression seul(e).*

**D'après ces résultats obtenus, il semble qu'une répétition, une relation installée avec une confiance mutuelle semblent instaurer la possibilité de nouveaux encodages chez ces 3 patients au stade modérément sévères de la pathologie.**

Il est à noter que les 3 autres patients pris en charge qui ne sont pas exposés en étude de cas, n'ont néanmoins pas rétablis de nouveaux encodages avec cette même

**Les limites de l'Art-thérapie, faire corps avec les professionnels de santé pour passer le relais.**

Il nous paraît important d'exposer un fait : l'art-thérapie peut montrer son efficacité sur un tel protocole. Mais 8 séances nous paraissent insuffisantes. La durée du stage étant courte (140h), la préparation et la mise en place de cette recherche scientifique demandant du temps, (identification des patients, élection avec les responsables, attente des tests scientifiques réalisés par les psychologues etc...), une prise en charge sur plus long terme serait sans doute plus bénéfique.

Bien que les résultats du protocole soient positifs, il serait présomptueux de s'attribuer l'amélioration de l'estime de soi des patients sans tenir compte de la prise en soin pluridisciplinaire des soignants.

De plus, certaines demandes des patients ne peuvent trouver réponse par l'art-thérapeute: dans ces questionnements, le patient est en demande face à son mal être, à son interrogation d'être. L'art-thérapeute n'est pas formé pour répondre à l'intégralité de ces demandes. Aussi, il est important de savoir déléguer à une personne compétente dans le domaine, psychologue pour certaines questions ou médecins spécialistes pour d'autres.

Par ce type d'accompagnement, le thérapeute s'envisage alors, non pas comme un guide, mais comme un "passeur"<sup>1</sup> qui peut permettre au patient de ne pas se perdre dans un certain pessimisme chronique mais de se repositionner du côté du vivant.

Aussi, le vécu de certains patients, les troubles du comportement qui peuvent parfois s'avérer important, sont parfois déstabilisants, ou du moins, nous surprennent, nous interrogent. Nous nous devons donc de garder beaucoup d'humilité, agir avec prudence et respect et conserver notre réflexion profonde portant sur la condition humaine.

Bien qu'ayant conscience de la proximité de la mort face à des patients âgés, à un tel stade de la maladie, l'art-thérapie permet de changer un certain nombre de comportements, d'attitudes et contribue à améliorer le bien-être et l'estime de la personne.

Enfin, conformément à l'article 8 du code de déontologie de l'école d'art-thérapie de Poitiers de septembre 2017, « *L'art-thérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles.* » Nous concevons donc que la formation au diplôme universitaire d'art-thérapie, la réalisation d'un stage et la construction de ce mémoire ne sont que des étapes essentielles mais insuffisantes pour devenir un véritable professionnel. Adopter une attitude créative dans sa propre vie en entretenant sa curiosité, en développant ses connaissances dans différents domaines, en travaillant avec des publics variés, semblent être les conditions nécessaires au cheminement professionnel de l'art-thérapeute.

Aussi, un questionnaire a été pratiqué pour connaître les premiers bénéfices de cette approche.

**Un questionnaire pour connaître l'impact de l'art-thérapie**

Nous avons réalisé un questionnaire que nous avons adressé à un ensemble représentatif de la structure : Chef de service- Cadre hospitalière- Infirmière et AMP\*. Ceci afin de connaître d'un point de vue objectif l'impact et le ressenti de cette discipline.

**Dr BOUKEROU- Chef de service des unités 2 et 4**

Connaissez-vous l'Art-thérapie?	OUI x : Par des colloques et presse	NON
<u>Que peut-elle apporter aux patients et l'équipe en général ?</u>	Un véritable intérêt sur le résident. "Ne rien proposer au patient" est anxiogène pour le soignant". Cette pratique encourage à "faire mieux soi-même". L'implication de l'art-thérapie dans l'équipe, peut sembler être au départ comme une intrusion, mais quand les résultats sont constatés, ils amènent, une souffrance au travail moindre.	

<sup>1</sup> TRILLES Thibaut Pierre, enseignant Université de Poitiers et art-thérapeute Mémoire DU Art-thérapie : "Intervention en danse et en graffiti dans des appartements de coordination thérapeutique avec une perspective de valorisation et de reconstruction identitaire" 2016.

### Mme BICHOT- Cadre de santé

<u>Connaissez-vous l'Art-thérapie?</u>	OUI	NON x
<u>Que peut-elle apporter aux patients et l'équipe en général ?</u>	Une agressivité globale diminuée aussi bien sur les patients que sur les soignants. Une équipe pluridisciplinaire plus détendue par mimétisme. La motivation des soignants réside dans l'épuisement face aux résidents. L'art-thérapie est une alternative qui développe des moyens de communication différents et une approche aux patients et aux équipes plus sereine.	

### Mme DIDIER- Infirmière Unités 1 et 2

<u>Connaissez-vous l'Art-thérapie?</u>	OUI x : Entendu parler par l'école	NON
<u>Que peut-elle apporter aux patients et l'équipe en général ?</u>	De bons retours patients montrant une anxiété moindre car ils se sentent écoutés dans un temps qui leurs sont attribués. Quand les patients difficiles sont pris en soin Art-thérapeutiques, ils sont ensuite plus posés, ce qui permet une meilleure prise en charge des autres qui sont plus calmes. Ce retour et ces changements de comportement m'apaisent et me font du bien. "Nous n'avons personne pour tirer les patients vers le haut".	

### Mme VAUTOUR AMP\*- AJA\*

<u>Connaissez-vous l'Art-thérapie?</u>	OUI	NON x
<u>Que peut-elle apporter aux patients et l'équipe en général ?</u>	Mme A est plus apaisée, présente moins d'angoisse. Sur plus long terme, cela pourrait apporter plus de sérénité aussi bien sur elle que sur le groupe et notre équipe.	

Nous avons également décidé d'aller plus loin dans le phénomène de "connexion avec autrui" et réalisé une expérience en collaboration avec l'artiste peintre Béatrice TERRA.

### **Une expérience artistique en collaboration avec Béatrice TERRA**

Nous nous sommes donc interrogés sur le fait qu'une verbalisation du ressenti du patient, en tenant compte de sa biographie et de ses réactions en séances art-thérapeutiques pouvait-elle amener une image particulière de ce dernier ?

L'objectif de cette expérience étant de démontrer si l'artiste pouvait retranscrire ou non, l'évolution de la souffrance anxieuse et la faible estime de soi du patient par le graphisme, et ce, via notre intermédiaire. **Avec l'accord des patients , en respectant la confidentialité et le code de déontologie**, et en ne fournissant aucune description physique, nous avons indiqués nos observations à l'artiste peintre Béatrice TERRA<sup>1</sup>. Celle-ci les a retranscrits sur toile.

#### **Présentation des toiles réalisées :**

**Mme A (AJA\*) : Séance 2 : Représentation de Mme A et son amie Mme M avant la PES\***  
**2 :**



---

<sup>1</sup> Source : <http://www.santementale.fr/la-revue/artistes/beatrice-terra.html>

**M. B (UHR\*) : Etude de M. B au fil des séances**



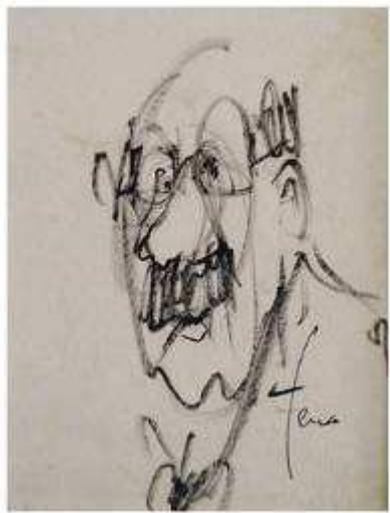
Séance 01



Séance 03



Séance 05



Séance 08

**Résultats de l'expérience artistique**

Cette expérience fut assez stupéfiante. Les émotions et comportements ont été retranscrits avec une authentique justesse par B. TERRA.

L'artiste empathique, en se plongeant dans son sujet, en se mettant à la place du patient-tels neurones miroirs avec intermédiaire- parvient à retransmettre un réalisme psychologique. Cette authenticité est si forte qu'elle aboutit même à certains traits physiques du sujet, sans jamais l'avoir rencontré.

Il nous semble **que toute la force de l'Art est résumée dans ce propos, nous** montrant ainsi toute la véracité de l'Artiste dans la retranscription de son sujet.

**Béatrice TERRA témoignera sur cette collaboration :**

*"Mettre des mots sur une histoire, le vécu d'une personne que je ne connais pas, révèle en moi des émotions qui m'appartiennent. Mais en les posant sur la toile, je réalise que celui que je peins d'après les mots et maux qui le caractérisent, bien que je ne l' ai jamais vu, n'a plus de masque et apparait avec son vrai visage. Le geste traduit ce que je sais de mon sujet. Il est souvent un puissant rapport émotionnel entre lui, son vécu et le mien. L'émotionnel prend toute son importance, et le trait en est la traduction physique."*

L'empathie a donc semblé traverser la barrière des mots, par la description émotionnelle et comportementale fournies.

## CONCLUSION

Un regard axé sur la compréhension de la personne, en la considérant comme un sujet souffrant et non dément, nous a permis de réaliser ce protocole avec beaucoup de bienveillance et d'humilité.

Grâce à la compréhension des zones spécifiques du cerveau stimulées à la vue d'une œuvre, nous avons pu mener une expérience artistique avec Béatrice Terra pour renforcer ce constat : les neurones miroirs et l'empathie de l'artiste, bien qu'à distance des sujets, s'exercent bel et bien. Dans les séances art-thérapeutiques, nous avons pu constater ce phénomène par le plaisir des patients face à la création. Le changement facial fut particulièrement éloquent chez M. B qui affichait un visage d'une tristesse incroyable, pour se révéler en fin de prise en soin par un large sourire lui conférant un changement de faciès impressionnant.

La pratique artistique avec les malades Alzheimer est donc utile, et ce, à des stades avancés de la pathologie. En prise en charge individuelle, encadrée par l'art-thérapeute, elle permet à l'individu une régulation socio-émotionnelle, aide à améliorer ses performances donc à préserver sa cognition restante. L'histoire de l'art à travers ses artistes en a également fait le constat.

L'art est donc une forme d'antidote au désespoir, à l'absence de sens et tend vers le mieux-être de la personne qui le pratique. Il agit également sur la souffrance anxieuse et aide à revaloriser l'estime de soi, comme le prouvent les résultats de cette recherche.

D'où l'importance d'une posture soignante du thérapeute adaptée à la personne et à sa pathologie.

Cette prise en charge nous a permis de réaliser de nouveaux encodages qui nous interrogent sur la détérioration de la mémoire immédiate. La préservation des émotions, stimulées dans la pratique artistique, contribuent-elles à pouvoir entrevoir la possibilité de cette mémoire qui ne serait, par conséquent, pas entièrement altérée? Ce qui nous suscite un certain espoir dans cette pathologie incurable.

Il serait dédaigneux de nous attribuer le mérite de ces résultats de protocole sans tenir compte de la prise en soin pluridisciplinaire. Ne pouvant aucunement agir seule, l'art-thérapie reste un complément de soin où la prise en charge globale via l'équipe soignante et aidante est essentielle, comme le confirme le questionnaire réalisé en fin de prise en charge. La notion de complémentarité nous paraît indispensable : l'art-thérapie alliée aux savoir-faire des équipes semble alors montrer toute son efficacité.

Alors que le village Landais Alzheimer<sup>1</sup> va bientôt voir le jour, nous espérons que l'intégration de cette discipline dans les différentes structures accueillant des malades de type Alzheimer va bientôt naître.

*"Il vaut mieux ajouter de la vie à ses jours, que des jours à sa vie "*. Rita LEVI-MONTALCINI

L'art thérapie serait il, peut être, un moyen privilégié de donner un peu de vie?

---

<sup>1</sup> Le village Landais Alzheimer entièrement adapté aux malades, sera prochainement situé à Dax, avec une capacité d'accueil de 120 patients.

## **BIBLIOGRAPHIE**

ALAJOUANINE Théophile. *Aphasia and artistic realization*. **Brain** .N° 71 Pages 229-41. 1948

BANDURA Albert. *Self - efficacy: toward a unifying theory of behavior change*. **Psychol Revue**- N°84 Page 191-215. 1977

BARRET Paula. *Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders*. **Child Psychol**, N°27 Pages 459-468. 1998.

BERGSON Henri *Le rire*-Paris-Edition PUF 1999.

CHANGEUX Jean Pierre *Du vrai, du beau, du bien : Une nouvelle approche neuronale*. Odile Jacob, 2008.

CHANGEUX Jean Pierre *La beauté dans le cerveau*, Edition Odile Jacob.2016.

CHATTERJEE Anjan et VERTANIAN Oshin. *Neuroaesthetics*. **Trends in Cognitive Science** N° 18. Page 370. 2014.

CHEMERINSKI Erwin, PETRACCA Gina, MANES Facundo. *Prevalence and correlates of Anxiety in Alzheimer's disease*. Depression and anxiety, Pages 166-170. 1998.

CROISILE Bernard Article *Humour et Maladie d'Alzheimer : un oxymore?* -Issu de *Maladie d'Alzheimer et Communication* - TOUCHONJ, GABELLE A., BRUN V. Pages 18-21. Edition Sauramps Medical 2013

CRUTCH Sebastian, ISAACS Jeremy, ROSSOR Martin. *Some workmen can blame their tools : artistic change in an individual with Alzheimer's disease*. **Lancet** N°357 . Pages 2129-2133. 2001

CUMMINGS Jeffrey. et ZARIT J.M *Probable Alzheimer's disease in an artist*. **JAMA**.N°1-4 Pages : 258 : 273. 1987

ERGIS Anne Marie *Lien entre mémoire et émotion chez les déprimés et les patients Alzheimer*. **Congrès SGGIF, CMRR-IF**, 12 mai 2005.

ESPINEL Carlos. *De Kooning's late colours and forms : dementia, creativity, and the healing power of art*. **Lancet**; N°347. Pages 1096-1098. 1996

FEIL Naomi. *Validation The Feil Method. How to help the disorientated old-old*. Feil Productions, Cleveland, 1982.

FEIL Naomi. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's type dementia* Health Promotion Press, 1993.

FORMAZZARI Luis *Preserved painting creativity in an artist with Alzheimer disease.* **Eur J Neurol.** Pages : 419-24. Décembre 2005

FORTIN Bruno *L'humour et la santé : une relation drôlement complexe-* **PsycholQue** 21/05. Page 35. 2004.

GELLER Daniel, HOOG Sharon, HEILIGENSTEIN John et al. *A placebo-controlled clinical trial,* N°40 Pages 773-779. 2001

GIL Roger, AROYO-ANLLO Eva Maria, INGRAND Pierre, NEAU Jean Philippe, ORNON Claudie, BONNAUD Véronique. *Selfconsciousness and Alzheimer's disease.* **Acta Neurol Scand;** N°104. Page 296–300. 2001

GODFRYD Michel *Les maladies mentales de l'adulte* -Edition Presse universitaire-2014

GUETIN Stéphane, PORTET Florence, PICOT Marie Christine, POMMIE Christine, MESSAOUDI M, DJABELKIRL, et al. « *Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study.*” **Dement Geriatr Cogn Disord.** N°28. Page 36-46. 2009

GUILLARD Jérôme, PAGE Guylène , PERRONA Fabienne , RIOUX-BILAN Agnès - *La trans  $\epsilon$ -viniférine et la maladie d'Alzheimer : une issue thérapeutique ?* **L'actualité chimique** N°412 page 14. Novembre 2016.

HAMEL Johanne, LABRECHE Jocelyne *Découvrir l'Art-thérapie* .Edition Larousse, 2010

HAMPEL Heather *"Alzheimer : Réduire les risque est désormais possible"* **Sciences et avenir** 26/09/2014.

JOST Barbara, GROSSBERG George. *The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study.* Geriatr Society n° 44 - Pages: 1078-1081. 1996.

KHOSRAVI Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.* pages 199-213 Edition Doin, 2011.

KRYSTAL John, TOLIN David, SANACORA Gerard et al. *Neuroplasticity as a target for the pharmacotherapy of anxiety discoders-* N°14 Pages 690-697. 2009.

LEFCOURT Herbert, DAVIDSON Katz, PRKACHIN K. et al.. *Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks.* pages.523-542 .1997

MAISONDIEU Jean *Le crépuscule de la raison* Edition Bayard 2011.

MASSAROTTO Cyril. *Le premier oublié* - Xo Edition-2012

MAURER Konrad, PRVULOVIC David, *Paintings of an artist with Alzheimer's disease : visuoconstructural deficits during dementia. J Neural Transm* N°111 Pages 325-345. 2004  
SELLAL François *Alzheimer en peinture. Cerveau et Psycho* N° 8 Pages 88-92. 2004

MEGA Michael, CUMMINGS Jeffrey, FIORELLO Tara, GOMBEIN Jeffrey. *The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease. Neurology* N° 46 Page 130. 1996.

MERLEAU - PONTY Maurice *Phénoménologie de la perception* Gallimard, Paris, 1945.

PANCRAZI Marie- Pierre, METAIS Patrick in *Presse médicale*, Éd. Masson. 2005.

PASTOUREAU Michel. "*Noir : histoire d'une couleur*", Edition du Seuil, p 210. 2008.

PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. *Humor and laughter may influence health. I. History and background.* pages 61–63 144 HERTH, Kaye *Humor and the older adult.* pages. 146-153 .2006

PERETZ Isabelle. *The nature of music from a biological perspective. Cognition* . Pages 100-132. 2006

PLATEL Hervé, PRICE C, BARON Jean Claude et al. *The structural components of music perception: A functional anatomical study. Brain* . Pages 120 -229. 1997

RAK Dean, DM Gregory. *trivial strategies for using humor in palliative care. Cancer Nurs;* Pages 292-300. 2005.

RAY Kendra , MUNIZ Juan *Réduction des niveaux de cortisol et des réponses des participants à la réalisation artistique", AATA's Journal*, N° 33, juin 2016

SUDRES Jean Luc, ROUX Guy, LAHARIE Muriel., DE LA FOURNIERE François. : *La personne âgée en art-thérapie: de l'expression au lien social* Edition L'Harmattan - Page 247.2004.

TATANO-BECK, Cheryl. *Humor in nursing practice: a phenomenological study.* Volume 34 pages 346-352. 1997.

THOMAS Pierre et ROCHE Jean *Anxiété du sujet âgé -Psychiatrie du sujet âgé.* Edition Flammarion 1999.

WILLANDER Johan., LARSSON Maria., *Olfaction and emotion : The case of autobiographical memory, Memory and cognition*, N° 35, Pages1659-1663. 2007

ZAIDEL Dahlia *Neuropsychology of art: Neurological, cognitive, and evolutionary perspectives. Psychology Press*, 2005.

ZEKI Semir *L'artiste à sa manière est un neurologue* (dossier : le cerveau artiste). **La recherche** N° 4. Pages 98-100. 2000

## **WEBOGRAPHIE**

<http://www.aphp.fr/contenu/leqdm-premiers-resultats-de-letude-insight-le-risque-de-developper-la-maladie-dalzheimer>

<http://www.psychologuesaint-brunorive-sud.com/les-cles-de-mon-bien-etre/module-de-l-estime-de-soi/c-est-quoi-avoir-une-bonne-estime-soi/>

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/09/20/19103-alzheimer-souffrance-morale-mieux-prise-compte>

<http://www.santementale.fr/la-revue/artistes/beatrice-terra.html>

## **GLOSSAIRE**

**ATROPHIE CORTICALE** : L'atrophie cérébrale représente donc une diminution du poids et du volume du tissu composant le cerveau, due à des pathologies se caractérisant par une dégénérescence des neurones et du cortex cérébral.

**CAPACITES COGNITIVE** : Le terme cognitif renvoie à l'ensemble des processus psychiques liés à l'esprit. Il englobe les fonctions orchestrées par le cerveau : le langage, la mémoire, le raisonnement, la coordination des mouvements, les reconnaissances, la perception et l'apprentissage ainsi que les fonctions exécutives regroupant le raisonnement, la planification, le jugement et l'organisation.

**DEGENERESCENCE NEUROFIBRILLAIRE**: Cette lésion cérébrale se caractérise par l'apparition, dans les neurones du cortex cérébrale, d'appariements anormaux des microtubules neuronaux. D'ordinaire la protéine Tau stabilise ces microtubules, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer développe une protéine Tau hyperphosphorylée qui déstructure les microtubules pour les apparier sous forme de neurofibrille. Ces neurofibrilles n'étant plus fonctionnelles, elles entraînent la dégénérescence du neurone. Au cours du vieillissement, les protéines Tau hyperphosphorylée apparaissent toujours au niveau du cortex limbique. Pour les patients développant une maladie d'Alzheimer, on observe une propagation systématique de ces protéines à l'ensemble du cerveau.

**DEMENCE** La démence est issue du latin "Dementia", signifiant perdre l'esprit. Selon l'OMS- l'Organisation Mondiale de la Santé-, la démence est un syndrome généralement chronique (qui dure) ou évolutif dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive.

**DYSEXECUTIFS** : Ensemble de perturbation qui concerne les fonctions exécutives. (Le système exécutif sous tend l'activité de planification, supervision et gestion de la pensée et des conduites).

**ERGOTHERAPIE**: Méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique, spécialement le travail manuel.

**INSIGHT**: Prise de conscience du trouble.

**MALADIE NEURODEGENERATIVE** : maladie progressive qui affecte le système nerveux, entraînant la mort des cellules nerveuses.

**NEUROPATHOLOGIE** est une spécialité médicale s'intéressant à la pathologie du système nerveux dans son ensemble.

**NEUROPSYCHOLOGIE COGNITIVE** : la neuropsychologie cognitive a pour objectif la compréhension de la cognition humaine. Plus particulièrement, elle se propose de tirer parti des dysfonctionnements cognitifs consécutifs à des lésions cérébrales dans le but de comprendre le fonctionnement cognitif normal.- G.A. MICHAEL-Docteur en Neuropsychologie-Professeur de l'Université Lyon 2

**PLAQUES SENILES** : Les plaques séniles ou plaques amyloïdes correspondent au dépôt anormal, en dehors des neurones, de la protéine Bêta amyloïde. L'accumulation de cette protéine serait responsable d'une réaction inflammatoire par activation microgliale conduisant à la mort des neurones cérébraux.

**PROTEINE BETA AMYLOIDE** : La protéine bêta-amyloïde est le composant principal des plaques amyloïdes, un agrégat protéique que l'on retrouve dans les neurones de certaines maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer. Le peptide diminuerait notamment la communication entre neurones.

**PRION**: Protéine dont la forme anormale est responsable de la transmission de la maladie. On qualifie le prion d'agent transmissible non conventionnel car il diffère de tous les agents infectieux connus (virus, bactéries, parasites, etc.).

**PROTEINE TAU**: Tau est une protéine essentielle à la stabilisation des cellules, notamment les neurones du cerveau. Dans le cas de nombreuses maladies appelées Tauopathies dont la plus connue est la maladie d'Alzheimer, les protéines Tau s'agrègent anormalement et seraient à l'origine de la dégénérescence neuronale.

**SOMATIQUE** : Le terme somatique désigne ce qui est relatif au corps, par opposition à l'adjectif psychique, en rapport avec l'esprit.

**SYNDROME** : Le syndrome est un ensemble de symptômes, de signes, de la manifestation d'une maladie.

**THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE**: La thérapie cognitivo-comportementale est une thérapie brève, validée scientifiquement, qui vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La TCC aide à progressivement dépasser les symptômes invalidants, tels que : les rites et vérifications, le stress, les évitements et les inhibitions, les réactions agressives, ou la détresse à l'origine de souffrance psychique.

**TROUBLES COGNITIFS** : Détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, de la compréhension, et du raisonnement.

**TROUBLES MNESIQUES** : troubles de la mémoire.

## **ABREVIATIONS**

**AJA**: Accueil de jour Alzheimer

**AMP**: Aide Médico-psychologique

**AS**: Aide - Soignante

**DTA** : Démence de Type Alzheimer

**EHPAD**: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale .

**MA**: Maladie d'Alzheimer.

**MMS ou MMSE** : Mini Mental State ou Mini Mental State Examination. Test qui permet au clinicien une évaluation rapide du fonctionnement cognitif.

**NPI** : Neuro Psychiatric Inventory : inventaire neuropsychiatrique.

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé.

**PEC** : Prise En Charge.

**PES**: Prise En Soins.

**PTH** : Prothèse de hanche.

**RPA** : Résidence pour Personnes Agées.

**SCPD** : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence.

**TCC** : Thérapies Cognitivo-Comportementales.

**TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif.

**TS** : Tentative de suicide.

**UHR**: Unité d'Hébergement Renforcé

## ANNEXES

### TESTS ET ECHELLES SCIENTIFIQUES UTILISES

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)</b>	Etiquette du patient
Date : .....	
Évalué(e) par : .....	
Niveau socio-culturel .....	

#### **ORIENTATION**

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |                                  |        |                              |        |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ?       | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ?            | ! ! !  | 5. Quel jour de la semaine ? | ! ! !  |
| 3. en quel mois ?                | ! ! !  |                              |        |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- |  |       |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?                       | ! ! ! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?                                  | ! ! ! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | ! ! ! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?           | ! ! ! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ?                                     | ! ! ! |

#### **APPRENTISSAGE**

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- |            |         |    |           |       |
|------------|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | [citron | ou | [fauteuil | ! ! ! |
| 12. fleur  | [clé    | ou | [tulipe   | ! ! ! |
| 13. porte  | [ballon |    | [canard   | ! ! ! |
- Répéter les 3 mots.

#### **ATTENTION ET CALCUL**

☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- |        |       |
|--------|-------|
| 14. 93 | ! ! ! |
| 15. 86 | ! ! ! |
| 16. 79 | ! ! ! |
| 17. 72 | ! ! ! |
| 18. 65 | ! ! ! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

#### **RAPPEL**

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |         |    |           |       |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | ! ! ! |
| 20. fleur  |    | [clé    |    | [tulipe   | ! ! ! |
| 21. porte  |    | [ballon |    | [canard   | ! ! ! |

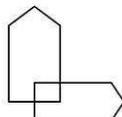
#### **LANGAGE**

- |  |       |
|--|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon.                     | ! ! ! |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre                      | ! ! ! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | ! ! ! |
- ☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
- |   |       |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | ! ! ! |
| 26. Pliez-la en deux.                                   | ! ! ! |
| 27. et jetez-la par terre ».                            | ! ! ! |
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
- |                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | ! ! ! |
|---------------------------------|-------|
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
- |   |       |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | ! ! ! |
|---|-------|

#### **PRAXIES CONSTRUCTIVES.**

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ».	! ! !
---	-------



**SCORE TOTAL (0 à 30)** ! ! !

# INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation: \_\_\_\_\_

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					[ ]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 12</b>					[ ]	

## ECHELLE D'ANXIETE DE HAMILTON

**NOM :**

**PRENOM :**

**UNITE :**

L'échelle d'anxiété de Hamilton comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire, viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive. A chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et aboutissant à leur définition par extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique item 7 à 13).  
**Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20.**

<b>COTATION</b>	
0 : absent ; 1 : léger ; 2 : moyen ; 3 : fort ; 4 : maximal (invalidant)	
<b>Humeur anxieuse</b> Inquiétude - Attente du pire Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité	<input type="checkbox"/>
<b>Tension</b> Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place	<input type="checkbox"/>
<b>Peurs</b> Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux - De la circulation - De la foule	<input type="checkbox"/>
<b>Insomnie</b> Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Terreurs nocturnes	<input type="checkbox"/>
<b>Fonctions intellectuelles (cognitives)</b> Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire	<input type="checkbox"/>
<b>Humeur dépressive</b> Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variations de l'humeur dans la journée.	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b> Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée.	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b> Tintement d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de picotements	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes cardiovasculaires</b> Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra-systoles.	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes respiratoires</b>	<input type="checkbox"/>

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes gastro-intestinaux</b> Difficultés pour avaler - Vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes génito-urinaires</b> Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidity - Mictions fréquentes - Urgence de la miction - Ejaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes du système nerveux autonome</b> Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation	<input type="checkbox"/>
<b>Comportement lors de l'entretien</b> <u>Général</u> : Tendu, non à son aise - Agitation nerveuse des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir - Instabilité : va-et-vient - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale. <u>Physiologique</u> : Avale sa salive - Eructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexe tendineux vifs - Tremblements - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières.	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b> Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20.	<input type="checkbox"/>

# IRBMS

Institut Régional du Bien-être,  
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR  
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

## Rubrique : Echelle d'Evaluation

### Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

*Par Nathalie Crépin et Florence Delerue*

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

<b>Tout à fait en désaccord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Plutôt en accord</b>	<b>Tout à fait en accord</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

### **Comment évaluer votre estime de soi ?**

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

**Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.**

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

\*  
\*   \*   \*

**L'art-thérapie par les arts plastiques, amenés par la musique et l'odorat-thérapie  
améliore t-elle la souffrance anxieuse des patients atteints de la maladie d'Alzheimer  
et/ou l'estime de soi**

**RESUME**

La maladie d'Alzheimer est souvent le siège de troubles du comportement tels, une anxiété importante et une faible estime de soi. L'Art-Thérapie est une approche non médicamenteuse d'accompagnement favorisant l'expression et la confiance en soi des malades.

Nous avons réalisé un protocole de recherche médicale, dont l'hypothèse de travail est :

"L'Art-Thérapie améliore t-elle la souffrance anxieuse des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et/ou l'estime de soi".

Les objectif thérapeutiques de cette étude visaient la diminution de la souffrance anxieuse et la revalorisation de l'estime de soi. Le médium choisi fut les arts-plastique avec pour les amener, la pratique de la musicothérapie et l'odorat-thérapie.

Douze patients ont intégré ce protocole: six patients en prise en soin art-thérapeutiques, six autres en tant que témoins.

Trois études de cas ont été développées dans ce mémoire et deux expériences furent réalisées pendant cette étude: une expérience artistique avec l'artiste TERRA et l'instauration de nouveaux encodages.

Les résultats de cette recherche ont montré une bonne efficacité sur les objectifs visés.

**MOTS CLEFS** : Maladie d'Alzheimer, anxiété, estime de soi, art-thérapie, Arts- plastiques, musicothérapie, odorat-thérapie, nouveaux encodages.

**Does Art Therapy by visual Arts, brought by music and aroma therapy diminish the  
anxieties suffered by patients with Alzheimer's disease, and / or improve self-esteem**

**ABSTRACT**

People afflicted with Alzheimer's disease often present significant behavioral disorders such as anxiety and low self-esteem. Art therapy is a successful, non-medicated. It has been shown to promote the expression of self confidence in patients with the disease.

We have carried out a medical research protocol The working hypothesis is as follows:

"Does Art Therapy diminish the anxieties suffered by patients with Alzheimer's disease, and / or improve self-esteem".

The therapeutic objectives to this research protocol were the reduction of anxiety suffering, and the revaluation of self-esteem. The chosen medium was Visual Arts, with music, and aroma therapy.

Twelve patients were incorporated into this protocol, six patients in art-therapeutic care, six others as the control group.

Three case studies have been developed in this brief and two investigations were carried out during this study: Artistic investigation with the artist TERRA and the introduction of new encodings.

The results of this research showed that the implementation of the therapeutic objectives had a strong positive effect on the participating patients.

**KEYWORDS**: Alzheimer's disease, anxiety, self-esteem, Art therapy, Visual Art, music therapy, aroma therapy, new encodings.