

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

6 rue de la Milérierie BP 199

TSA 51115

86 073 POITIERS cedex 9 – France

**L'art-thérapie en Etablissement d'Hébergement pour Personnes
Agées Dépendantes souffrant de troubles cognitifs, anxieux et/ou
dépressifs à l'aide des techniques des arts plastiques, écriture et
musique améliorant leur qualité de vie**

Mémoire présenté par

Ayse ANTOINE

Année 2024

Sous la direction de Thibaut TRILLES

Enseignant universitaire à la faculté des sciences du sport de Poitiers et Art-thérapeute

Tutrice de stage Valérie JOSSET

Psychologue

Référent Universitaire

Professeur Jean-Jacques GIRAUD

Lieu de stage

EHPAD Cournot Changey

11 Rue de la Vieille Tuilerie, 70100 Gray

PLAN

| | |
|---|----|
| <u>REMERCIEMENTS</u> | 4 |
| <u>PREAMBULE</u> | 5 |
| <u>I. INTRODUCTION</u> | 6 |
| I.1. Le vieillissement normale et pathologique | 7 |
| I.2. Description des troubles cognitifs chez la personne âgée | 7 |
| I.2.1. Description des troubles anxieux chez la personne âgée | 8 |
| I.2.2. Description des troubles dépressifs chez la personne âgée..... | 9 |
| I.3. Description des pathologies des patientes retenues | 10 |
| I.4. Nature et caractéristiques des techniques artistiques choisies : les arts plastiques, l'écriture, la musique | 10 |
| I.5. Intérêt de l'art-thérapie pour les troubles cognitifs/anxieux/dépressifs chez la personne âgée en EHPAD* | 13 |
| I.6. Problématique et hypothèse | 14 |
| <u>II. MATERIELS ET METHODES :</u> | |
| Accompagnement en art-thérapie au bénéfice de trois résidentes avec une patiente souffrant : pour Mme G, de troubles cognitifs / anxieux dépressifs. Pour Mme B, non voyante, troubles cognitifs, et état anxieux, dépressif. Pour Mme L, troubles anxieux et dépressifs | 14 |
| II.1. <u>Matériels</u> | 14 |
| II.1.1. Lieu d'accueil : Cournot-Changey Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes EHPAD* | 14 |
| II.1.2. Historique | 15 |
| II.1.3. Moyens matériels pour l'EHPAD* et l'équipe pluridisciplinaire | 15 |
| II.1.4. Grilles d'évaluations et schémas utilisés | 16 |
| II.1.5. Choix des patients pour l'étude/ Stratégies thérapeutiques | 17 |
| II.1.6. Durée et organisation du stage | 19 |
| II.1.7. Retombées attendues | 20 |

| | |
|---|----|
| II.1.8. Organisation et évaluation des séances | 20 |
| II.2. <u>Méthodes</u> | 21 |
| II.2.1. Madame G | 21 |
| II.2.1.1. Anamnèse | 21 |
| II.2.1.2. Objectifs thérapeutiques | 23 |
| II.2.1.3. Séances d'art-thérapie | 23 |
| II.2.2. Madame B | 28 |
| II.2.2.1. Anamnèse | 28 |
| II.2.2.2. Objectifs thérapeutiques | 30 |
| II.2.2.3. Séances d'art-thérapie | 30 |
| II.2.3. Madame L | 36 |
| II.2.3.1. Anamnèse | 36 |
| II.2.3.2. Objectifs thérapeutiques | 38 |
| II.2.3.3. Séances d'art-thérapie | 38 |
| | |
| III. <u>RESULTATS</u> | 45 |
| III.1. Résultats de l'étude de Mme G | 45 |
| III.1.1. Echelles scientifique Madame G | 45 |
| III.1.2. Items spécifiques personnalisés de Mme G | 45 |
| III.1.3. Grilles d'observations des séances | 46 |
| III.1.4. Bilan de Mme G | 46 |
| III.1.5. Auto-évaluation de Madame G | 48 |
| | |
| III.2. Résultats de l'étude de Mme B | 48 |
| III.2.1. Echelles scientifiques Madame B | 48 |
| III.2.2. Items spécifiques personnalisés de Mme B | 48 |
| III.2.3. Grilles d'observations des séances | 49 |
| III.2.4. Bilan de Mme B | 50 |
| III.2.5. Auto-évaluation de Madame B | 51 |
| | |
| III.3. Résultats de Mme L | 51 |
| III.3.1. Echelles scientifiques Mme L | 51 |

| | |
|---|----|
| III.3.2. Items spécifiques personnalisés de Mme L | 51 |
| III.3.3. Grilles d'observations des séances | 52 |
| III.3.4. Bilan de Mme L | 53 |
| III.3.5. Auto-évaluation de Madame L | 54 |
| | |
| IV. <u>DISCUSSION</u> | 55 |
| IV. 1. Apports et bénéfices de l'étude..... | 55 |
| IV. 2. Limites de l'étude | 55 |
| IV. 3. Regard critique sur l'étude | 55 |
| IV. 4. Comparaison avec d'autres travaux | 58 |
| IV.5. Les évolutions possibles après cette étude | 59 |
| IV. 6. Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie..... | 59 |
| IV. 7. Discussion de la posture soignante en tant que futur art-thérapeute..... | 61 |
| | |
| V. <u>CONCLUSION</u> | 62 |
| Bibliographie..... | 63 |
| Webographie | 63 |
| Musicothèque | 64 |
| Glossaire | 65 |
| Annexe 1 Echelle Hamilton diminution de l'anxiété..... | 67 |
| Annexe 2 Echelle de Rosenberg estime de soi | 71 |
| Annexe 3 Echelle MADRS diminution de la dépression | 72 |

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos plus sincères remerciements au professeur, Monsieur Jean-Jacques GIRAUD, ainsi qu'à tous les professeurs et art-thérapeutes intervenant au sein de la formation du Diplôme Universitaire d'art-thérapie de l'université de médecine et de pharmacie, pour leurs savoirs et leur bienveillance.

Un grand remerciement à M. MEUNIER, Directeur de l'EHPAD*, également au professeur Thibault TRILLES, notre directeur de mémoire, ainsi qu'à Mme JOSSET, psychologue de l'EHPAD*, notre tutrice durant le stage, pour son accueil, sa coopération en nous donnant accès aux informations essentielles à la réalisation de notre projet et afin de le réaliser dans les meilleures circonstances.

Nous tenons à remercier toute l'équipe pluridisciplinaire, aides-soignantes, infirmières, kinésithérapeutes, médecins coordinateurs de l'EHPAD* Cournot-Changey pour leur disponibilité, leur écoute et leur générosité.

Nous remercions également la musicothérapeute Caroline MILLET pour sa collaboration fructueuse, en nous permettant d'allier musicothérapie et art-thérapie durant ses interventions dans la structure.

Nous remercions tout particulièrement tous les patients et leurs familles qui ont bien voulu nous accorder leur confiance.

Merci enfin à tous ceux qui nous ont fourni une aide précieuse à la relecture et à la correction de ce mémoire.

PREAMBULE

L'art-thérapie arrive à point nommé dans mon parcours de vie. J'ai suivi pendant 7 ans un parcours scolaire en relation avec l'art plastique et l'art appliqué tout en étant pompier volontaire depuis 8 ans. C'est la conjonction de ces deux aspects de ma vie que réunit aujourd'hui l'art-thérapie : l'art au service des gens. M'étant renseignée sur l'art-thérapie et le métier d'art-thérapeute, sur ce qu'il impliquait comme investissement de ma part pour réaliser à bien mon projet de devenir art-thérapeute, l'alternative la plus sérieuse m'a semblé être celle consistant à m'inscrire à la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Lors de l'année préparatoire au diplôme universitaire, j'ai effectué un stage à la Sauvegarde de l'Enfance à l'adulte, où mon envie de concrétiser ce métier s'est confirmée. S'en est suivi le second stage à l'EHPAD* Cournot-Changey, objet de ce mémoire, qui, avec un public bien différent, est venu me conforter dans ce choix de devenir art-thérapeute.

Ces deux expériences ont été révélatrices, tant sur un plan humain que professionnel. Et plus particulièrement cette dernière du fait de sa durée plus longue et permettant une immersion plus large. Ainsi, quel que soit l'âge des patients ou résidents, l'art-thérapie permet de faciliter l'expression verbale ou non verbale, afin de leur apporter un bien-être à l'instant "T", mais également de manière plus pérenne. Aussi, est-il primordial que le sujet soit considéré, avant tout, comme un être humain, avec des besoins qui lui sont spécifiques et qu'il ne soit pas seulement perçu comme un patient ayant des pathologies et/ou problématiques à résoudre. Prendre conscience des capacités du sujet âgé est une donnée essentielle dans leur prise en soin. Cela pour être pleinement efficient en termes d'écoute et d'adaptabilité, à ce public si particulier qui a son identité propre, liée à une riche expérience et un long vécu. Comme le dit l'écrivain, scénariste, dialoguiste, traducteur et journaliste français Jacques Laurent : « *La vieillesse est comme une langue étrangère qu'il faut apprendre à un âge où le cerveau n'est plus guère disposé à acquérir de nouvelles connaissances.* » En EHPAD* on vieillit, parfois hors du temps, peu importe l'âge et l'état de santé des patients, ils acquièrent toujours des nouvelles aptitudes même en fin de vie. Cette étude rend donc compte de cette expérimentation art-thérapeutique auprès d'un public âgé ayant des troubles cognitifs divers. Elle donne également la définition de ce que sont des troubles cognitifs, anxieux et/ou dépressifs et des spécificités de notre prise en soin art-thérapeutique au sein de l'EHPAD* Cournot-Changey.

INTRODUCTION

Marielle CABANIOLS, Directrice de l'EHPAD Saint Marthe (12450 CEIGNAC - Aveyron) :
« Le bonheur est dans l'EHPAD : entre inflexion et réalisme. Le bonheur de nos résidents est parfois plus simple à trouver car, confrontés à la gestion de leur fin de vie ou en quête d'une paix spirituelle, le côté matériel est quasi absent dans leur cahier des charges du bonheur ».*

A un âge avancé et dans une situation de dépendance plus ou moins avérée, sommes-nous heureux et trouvons-nous du bonheur dans ce lieu qu'est l'EHPAD* ? Qu'en est-il des personnes âgées, souffrant de troubles cognitifs, anxieux ou d'état dépressif ?

Nous avons mené une enquête sur la notion de bien-être en EHPAD* auprès de 20 personnes âgées, résidentes à l'EHPAD* de Cournot-Changey à GRAY (70), dont cinq étaient suivies par nos soins. Cela nous a permis également d'entrer en contact avec ce public, d'instaurer un lien de confiance, et d'identifier ses besoins, afin de les exploiter dans le cadre de l'art-thérapie.

Sur les cinq patientes suivies, nous avons retenu pour notre cas d'étude, trois personnes ayant les pathologies suivantes : troubles cognitifs, anxieux et dépressifs. Si certains s'adaptent bien à ce changement de vie, d'autres ont plus de difficultés d'intégration, notamment avec l'aspect collectif. Les relations humaines sont au cœur du métier d'art-thérapeute. Être considéré, respecté et reconnu dans son identité, ses valeurs personnelles, et son histoire, sont des paramètres indispensables pour entrer en communication, faciliter les échanges, et tenter de répondre aux attentes.

Le but étant de créer du bien-être et permettre à chaque individu d'exister et de pouvoir s'épanouir. Après avoir défini les notions de vieillissement, défini et décrit les différents troubles et pathologies concernées, ainsi que leur traitement, nous nous intéresserons aux différentes techniques artistiques thérapeutiques en montrant leurs intérêts. Ce qui nous permettra de dégager une hypothèse. Trois cas d'études seront abordés à la suite, nous évoquerons les difficultés rencontrées par cette catégorie spécifique de personnes. Nous indiquerons les méthodes employées.

Dans une troisième partie, nous développerons les résultats obtenus pour les 3 études de cas proposées, soutenues d'un bilan. Enfin, la dernière partie nous permettra de discuter de nos théories et nos pratiques afin d'investir les apports mais aussi les limites. Nous nous interpellons sur la place de l'art-thérapeute auprès de personnes âgées placées dans ce type

de structure, souffrant d'états dépressifs et anxieux et ce que cela suscite. Ceci nous permet de mesurer l'importance de la posture soignante auprès de personnes vulnérables et la position d'un art-thérapeute dans une équipe pluridisciplinaire. Comme il convient, notre conclusion définira l'opportunité d'une prise en soin en art-thérapie dans une entrée en EHPAD*.

I.1. Le vieillissement normal et pathologique

« Vieillir, c'est aussi faire le deuil de la jeunesse alors même que celle-ci est survalorisée. Le corps qui vieillit ne vieillit pas silencieusement. Il modifie irrévocablement l'image de soi et l'image que l'on renvoie aux autres par les transformations extérieures liées au corps (rides, cheveux blancs, postures, etc.). Ces modifications corporelles participent à la prise de conscience de l'avancée en âge. Elles sont en règle générale vécues péjorativement et contribuent à la fragilisation de l'image de soi et à l'acceptation de ce que l'on devient, remettant en cause l'amour et l'investissement de soi. ». Le vieillissement pathologique est accéléré par des maladies qui peuvent se déclarer avec l'âge. Différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux influencent la rapidité d'évolution du vieillissement normal et du vieillissement pathologique, ainsi que les effets qui leur sont associés. La différence entre un processus de vieillissement normal et un processus « pathologique » tient principalement en l'existence d'une interaction entre le processus lié au vieillissement normal et une pathologie généralement observée chez les personnes âgées (exemples : ostéoporose, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.). Ces dernières pathologies ont alors tendance à accélérer le vieillissement global de la personne âgée.

I.2. Description des troubles cognitifs chez la personne âgée

Les troubles cognitifs liés au vieillissement débutent par des dysfonctionnements légers de la fonction cognitive, altérant généralement la mémoire. Dans ce cas, l'autonomie de la personne âgée est préservée puisqu'elle est capable d'effectuer les tâches quotidiennes. Elle passe ensuite par des troubles modérés. Généralement à ce stade, les aidants s'aperçoivent de la détérioration des capacités intellectuelles de leur proche. Le déclin cognitif se définit par la détérioration de la performance cognitive considérée comme faisant partie d'un vieillissement.

Symptômes : en général, les symptômes comprennent la perte de mémoire, des problèmes dans l'utilisation du langage et dans la réalisation d'activités, des modifications de la personnalité, une désorientation et un comportement inopportun ou perturbateur. La progression des symptômes rend les personnes totalement dépendantes des autres : des pertes de mémoire, des troubles du langage, des difficultés à coordonner ses mouvements.

Diagnostic : les médecins établissent un diagnostic d'après les symptômes et les résultats d'un examen clinique et des tests de l'état mental. Les personnes âgées sont régulièrement confrontées à des pertes et des bouleversements (décès d'un proche, hospitalisation, etc.), parfois difficiles à gérer. Une démence est un trouble qui apparaît progressivement, dégradant la mémoire et le comportement général. Ces dysfonctionnements s'accompagnent souvent de troubles psychologiques, en premier lieu la dépression.

I.2.1. Description des troubles anxieux chez la personne âgée

Certaines angoisses sont très répandues chez les personnes âgées : la peur de la mort ou de l'hospitalisation, l'angoisse de la séparation, de la nuit, ou encore la peur de perte d'utilité aux yeux des autres. L'angoisse est caractérisée par un sentiment intense de peur ou d'inquiétude. Ce malaise peut se manifester par des crises de panique, un rythme cardiaque accru, une respiration rapide, des sueurs ou encore des troubles du sommeil. Les symptômes apparaissent en réponse à des déclencheurs. Mais une angoisse peut aussi durer plusieurs heures. L'angoisse peut aussi être vespérale (à la tombée de la nuit), l'angoisse de séparation avec l'aidant, l'angoisse générée par un environnement non adapté. Le trouble anxieux généralisé est un état d'anxiété permanent et excessif et les personnes atteintes éprouvent une très grande détresse. Il s'agit en général d'un problème chimique du cerveau que seul un traitement médicamenteux peut résoudre, car c'est un état qui dure plus de 6 mois.

Symptômes : des palpitations cardiaques, des tremblements, des douleurs thoraciques, des étourdissements, des nausées, des bouffées de chaleur, une pression sanguine élevée, des sueurs abondantes, des frissons et des sensations d'être étouffée.

Diagnostic : pour déterminer si une personne âgée souffre de troubles anxieux, le médecin lui posera des questions sur ses habitudes de vies, son rythme de vie actuel, ses peurs profondes et son état de santé en général. Souvent, les médecins gériatres reconnaissent tout de suite qu'une personne âgée souffre de troubles anxieux. Au besoin, il peut orienter son patient vers un psychiatre ou un psychothérapeute afin qu'il soit mieux suivi. En outre, il existe un questionnaire nommé le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux IV ou DSM-IV* qui évalue de manière sûre l'état mental des personnes âgées et qui permet d'identifier le vrai problème.

I.2.2. Description des troubles dépressifs chez la personne âgée

La dépression ne se guérit pas toute seule par simple détermination. Certaines personnes connaissent des épisodes de dépression pendant toute leur vie, d'autres éprouvent leur premier épisode tard dans la vie. Cependant, elle passe souvent inaperçue chez les personnes âgées parce que certains signes de dépression peuvent être confondus avec des signes de vieillissement. Les personnes âgées déprimées demandent rarement de l'aide de leur propre initiative. Si elle n'est pas traitée, cette maladie peut durer pendant des semaines, des mois, voire des années. Chez la personne âgée de plus de 65 ans, la prévalence de la dépression est d'environ 15 %. Cependant, dans les services de soins somatiques qui leur sont dédiés, les symptômes dépressifs sont présents jusqu'à 37 % des patients. 30 % d'entre eux ont une dépression majeure. L'hypochondrie* est fréquente, concernant 65 % des personnes âgées dépressives. Aujourd'hui, on peut estimer que 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal traités, en particulier chez les personnes très âgées. La dépression non traitée est la principale cause de suicide chez les personnes âgées. Et aussi de glissement (se laisser partir sans résistance).

Symptômes : ne s'habille pas ou ne répond pas au téléphone ni à la porte, cesse de s'intéresser aux activités qu'elle avait l'habitude d'aimer ou passe plus de temps seule que d'habitude, se sent désespérée, sans importance et attristée, a des crises inhabituelles de larmes, d'agitation ou de colère, ou montre peu d'émotion, parle moins que d'habitude ou répond aux questions avec le moins de mots possibles, appelle ou se plaint souvent ou a fréquemment des exigences, a plus ou moins d'appétit, manque d'énergie, semble déconcertée ou a de la difficulté à se souvenir de certaines choses, a de la difficulté à prendre des décisions ou à compléter ses plans, tristesse quasi permanente, avec parfois des pleurs, perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituellement agréables, sentiment de dévalorisation et de culpabilité, idées de mort ou de suicide récurrentes, ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, perturbation du sommeil, difficultés de concentration et de mémorisation.

Diagnostic : si les symptômes de la dépression sont connus et répertoriés, l'ainé refuse souvent de s'avouer qu'il va mal, un déni qui peut même faire partie de la pathologie. Chez une personne âgée, il convient d'être particulièrement vigilant car toute dépression, même d'intensité légère, comporte un risque de suicide élevé. Or, repérer une dépression est souvent plus difficile chez

les seniors qui ont plutôt tendance à se plaindre de maux physiques ou de troubles de la mémoire ou de l'attention.

I.3. Description des pathologies des patientes retenues

Les trois patientes que nous avons retenues pour nos études souffrent toutes de troubles cognitifs anxieux et/ou dépressifs, elles sont en situation de démence sans maladie neurodégénérative de type Alzheimer ou Parkinson clairement diagnostiquée. Afin de garder la confidentialité des patientes nous les nommerons Madame G, Madame B et de Madame L.

Madame G : est atteinte de troubles cognitifs, dépressifs et anxieux. Elle est perdue et désorientée, sans cesse en demande de présence et d'attention. Elle a des difficultés à s'exprimer.

Madame B : souffre de troubles cognitifs, dépressifs, et anxieux. Elle est atteinte de cécité. Elle a parfois un sentiment de persécution et est dans le contrôle permanent. Elle est également perdue et désorientée, et peut se montrer agressive.

Madame L : présente des troubles anxieux et dépressifs. Elle est très demandeuse de soins et de traitements. Elle est dans la rébellion et dans la plainte fréquente.

I.4. Nature et caractéristiques des techniques artistiques choisies : les arts plastiques, l'écriture, la musique

L'art plastique a été utilisé pour les deux premiers cas d'études. Ce choix est défini en fonction des capacités, de la pathologie et en tenant compte du choix des patientes. Ceci en accord, et après échange avec la psychologue. L'utilisation du feutre est l'outil utilisé pour deux cas d'études que nous aborderons dans le chapitre II. Nous verrons également que la musique réceptive, l'expression corporelle, le chant, le travail sur le toucher ainsi que la stimulation sont pratiqués sur le deuxième cas d'étude. Nous évoquerons les raisons de ce choix si personnel. L'art plastique et l'atelier d'écriture thérapeutique a été réalisé pour le troisième cas d'études. Lors des séances de groupe en musicothérapie associant l'art-thérapie nous justifierons le choix des séances effectuées au chapitre II. Au fur et à mesure des séances, nous avons fait face à certaines contraintes, liées aux pathologies des patientes et à leurs envies. Ces changements nous ont amenés à modifier l'outil initialement prévu et à adapter notre pratique. Pour l'une, nous avons utilisé l'expression corporelle et la stimulation par le toucher, en raison de la cécité de la patiente.

Pour le dernier cas d'étude, nous avons dû changer de médium artistique, en raison de son désintéressement. Nous lui avons proposé un atelier d'écriture thérapeutique.

Les arts plastiques : sont un moyen qui permet de faire émerger une idée, voir même de la rendre concrète, tactile, grâce aux matières et outils à disposition. Les arts plastiques utilisent les cinq sens pour éveiller celui qui les pratique. L'art est réputé comme un moyen d'expression et de communication. Il aide à exprimer des idées, des souhaits, stimuler l'esprit créatif, et la motricité fine. Pendant les séances nous utiliserons principalement les arts plastiques : feutre, collage, assemblage et écriture ainsi que le toucher et la musique tout en intégrant un temps de relaxation, de respiration avant de commencer chaque séance d'art-thérapie. Nous utiliserons également beaucoup le coloriage qui est une activité qui favorise la concentration, et qui permet de lâcher prise et de ne plus penser à rien. C'est en cela qu'il est profondément anti-stress. Certains spécialistes estiment même que les effets du coloriage pourraient être similaires à ceux de la méditation. De nombreux indices sur la vie interne de l'individu peuvent émerger suite au coloriage : les couleurs utilisées, le type de trait, etc. Il existe une multitude d'outils permettant de créer et de mettre en place un processus de création artistique à des fins thérapeutiques. C'est en observant la manière de structurer l'espace, de disposer les formes, d'utiliser les couleurs, d'associer les idées que l'individu peut, avec son accompagnant, parvenir à donner un sens à sa création et à s'en inspirer pour effectuer les changements désirés dans sa vie.

L'écriture : selon le docteur en psychologie Ophélie Engasser, « *Il est admis que l'écriture possède une vertu thérapeutique provenant de sa dimension créatrice. Cette stratégie offre une fonction d'urgence soutenant, comme en témoignent de nombreux écrivains. Les bénéfiques qui émanent de cet art l'inscrivent dans une pratique professionnelle de soin psychique* ». L'écriture permet ainsi aux patients d'exprimer des sentiments, des affects, des émotions, qui se matérialisent alors sur la feuille. Comme le précise l'auteure et coach en écriture Nelly Delas : « *cela permet de créer une distance émotionnelle entre l'individu et ses émotions, ce qui nous aide à réduire le stress et l'anxiété... L'écriture comme thérapie cognitive est également basée sur le principe que les pensées et les émotions sont liées, et que le fait de changer la façon dont nous pensons peut aider à changer la façon dont nous ressentons. En utilisant l'écriture pour explorer et modifier les pensées et les croyances négatives, les individus améliorent ainsi leur bien-être émotionnel et mental* ».

L'auteure précise encore que « *L'écriture est ce dialogue avec l'invisible, une conversation où l'on est à la fois l'orateur et l'auditeur attentif. Elle est cette main tendue dans l'obscurité, cherchant à toucher la lumière de notre essence véritable. À l'image du chocolat qui libère des neurotransmetteurs de bonheur dans notre cerveau, l'écriture libère l'âme de ses chaînes invisibles, offrant une euphorie qui ne s'estompe pas avec le temps* ». Eu égard aux vertus de ce média, nous n'avons pas hésité à le proposer dès que nous avons perçu que cela était envisageable pour nos patientes.

La musique : nous avons eu la chance de pouvoir participer lors de ce stage à des séances de musicothérapie avec Mme Millet Caroline, intervenante dans l'EHPAD*, musicienne, infirmière et à la fois musicothérapeute, accompagnée de deux aides-soignantes spécialisées au sein du PASA*. Durant ces séances qui s'adressaient à 11 personnes âgées, en cocréation avec l'intervenante, nous avons pu proposer, notamment à deux patientes dont Mme G et B qui nous ont intéressé pour cette étude, une prise en soin groupale, à la fois complémentaire et différente de celle que nous proposons en parallèle. Nous n'avons malheureusement pu développer plus avant cet aspect de notre prise en soin auprès des patientes dans ce mémoire, essentiellement pour une raison de place qui nous a contraint à faire des choix. Pour autant, la musique aura pris une part importante dans notre prise en soin individuelle (des exemples : écoutes musicales, utilisation d'instruments pendant les séances, etc.). Car, « *D'un point de vue physiologique, la musicothérapie a un réel impact sur le cerveau. En effet, l'harmonie musicale créée par la variation des rythmes, des sons et des mélodies entraîne une baisse du taux de cortisol*, l'hormone du stress. À la place, la musique libère de l'endorphine*, de la sérotonine* et de la dopamine*. Ces hormones du bien-être, de la joie et de la récompense présentent des propriétés à la fois calmantes, analgésiques et euphorisantes* ». Par conséquent, « *les bienfaits de la musicothérapie sur notre organisme, nos humeurs et nos comportements sont nombreux : amélioration des fonctions cognitives (attention, mémoire), psychomotrices (agilité, mobilité, coordination) et socio-affectives, relaxation, détente corporelle, libération des tensions et réduction de l'anxiété, amélioration de l'humeur, régulation des troubles comportementaux, stimulation de l'expression émotionnelle, verbale ou non verbale, soulagement de la douleur chronique, amélioration du sommeil* ».

L'expression corporelle : l'expression corporelle est un type d'interlocution non verbale, qui repose sur des gestes, des postures et des mouvements du visage. Cette pratique artistique thérapeutique permet également de renforcer la santé en général, de restaurer l'image de soi,

diminuer le stress, l'anxiété ainsi que des tensions physiques et des douleurs qui peuvent être chroniques. Elle consiste à créer des conditions vers l'expression de soi, mobiliser le corps à sa façon, dans le plaisir du mouvement libre, mais aussi de nourrir le bien-être en vibrant au rythme de la musique que l'on entend. L'expression corporelle peut aussi favoriser la redécouverte de son corps et permettre d'éprouver une multitude de sensations et d'émotions dans le plaisir du mouvement et de l'imagination.

La stimulation par le toucher : la sensorialité est une donnée à la base même du fait d'être en vie. Elle est sous-jacente aux émotions et aux cognitions. D'ailleurs, elle régit la majeure partie de nos vies. Seul organe des sens qui soit vital, la peau correspond à 18% du poids du corps et couvre plus de 18 000 cm². Le toucher corporel est un soin anti-stress qui amène la personne à une harmonisation du corps et de l'esprit. Il calme le mental à travers des sensations physiques : pressions, décompressions et vibrations. La personne se détend sans effort. Il s'agit de retrouver un contact sensoriel avec la matière qui se présente devant soi.

I.5. Intérêt de l'art-thérapie pour les troubles cognitifs/anxieux/dépressifs chez la personne âgée

L'art-thérapie propose une technique de soins qui peut être non verbale. La personne accompagnée s'exprime alors autrement qu'avec des mots comme par exemple dans les arts plastiques (peinture, dessin, pastels, feutres, collage, bricolage), mais également l'expression corporelle, la musique, l'écriture thérapeutique, la danse-thérapie. En art-thérapie, le processus de création permet de mettre en forme directe ou indirecte, verbale ou non verbale, ce que l'on peut dire et ne pas dire. Une personne âgée ressent souvent un sentiment d'inefficacité et de fragilité. C'est alors que l'art-thérapeute peut intervenir pour lui laisser entrevoir que ce n'est pas parce que la personne est en EHPAD* qu'elle ne peut pas être utile et capable de faire des choses en tout genre. En art-thérapie nous accompagnons la personne pour stimuler sa créativité, et l'orienter au mieux pour lui faciliter le lâcher prise durant les séances. Lors de notre expérience, nous avons pu identifier que le déclin est provoqué par différents troubles qui conduisent les personnes âgées vers un état de souffrance physique et/ou psychique. Lorsque ces troubles surgissent, ils empêchent parfois la verbalisation, ce qui engendre un état de souffrance. En conséquence, la personne peut se replier sur elle-même, être dans l'incapacité de concevoir, avoir des difficultés à maintenir un lien social, ou être dans un état passif.

Chaque moment en art-thérapie est un moment de bien-être, qui favorise à la fois le lien social, l'estime et la confiance en soi, et vient solliciter le corps comme le mental. Pendant les transmissions auxquelles nous avons participé avec l'équipe pluridisciplinaire, cette dernière nous faisait part des points d'amélioration des résidentes que nous avons suivies. Infirmières, aides-soignantes et psychologue ont pu constater une amélioration de l'humeur, et un apaisement des patientes après les séances. Pour certaines, les effets bénéfiques se sont prolongés durant deux ou trois jours. De notre côté nous avons pu partager avec l'équipe, les réactions des patientes, recueillies à chaque fin de séance. Certaines personnes âgées ont réussi à exprimer les effets perçus lors des séances mises en place. Elles ont pu confier avoir ressenti du bien-être, éprouvé du plaisir dans l'action, s'être senties plus détendues et apaisées, et avoir trouvé cela agréable. Certaines ont pu dire qu'elles étaient satisfaites d'elles-mêmes, tant pour le travail accompli, que pour la création réalisée.

I.6. Problématique et hypothèse

Nous développerons l'idée selon laquelle l'art-thérapie apparaît comme un outil adapté dans l'accompagnement aux soins, en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes, souffrant de troubles cognitifs, anxieux et/ou dépressifs. Ainsi, malgré les effets du vieillissement et de la dégénérescence inéluctable nous avançons l'hypothèse que l'art-thérapie pourrait aider les personnes âgées dépendantes à mieux gérer leurs troubles cognitifs, dépressifs et anxieux, de manière pérenne, et ainsi améliorer leur qualité de vie en EHPAD*.

II. MATERIELS ET METHODES :

Accompagnement en art-thérapie au bénéfice de trois résidentes souffrant : pour Mme G, de troubles cognitifs / anxieux dépressifs. Pour Mme B, non voyante, de troubles cognitifs, et état anxieux dépressif. Pour Mme L, de troubles anxieux et dépressifs.

II.1. Matériel

II.1.1. Lieu d'accueil : Cournot-Changey Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Cournot-Changey Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, 11 rue de la vieille tuilerie 70100 GRAY sous la direction de Mr MEUNIER Frédéric.

II.1.2. Historique

A l'origine de la Maison de retraite se trouve l'idée généreuse d'un homme exceptionnel, Augustin Cournot, illustre mathématicien français, philosophe et épistémologue, l'un des plus grands savants du XIX^{ème} siècle. Il avait exprimé le vœu qu'une partie de sa fortune soit employée à fonder à Gray, sa ville natale, une œuvre d'assistance aux vieillards nécessiteux. Sa petite fille, Jeanne COURNOT, épouse de Gabriel GUYARD, Marquis de CHANGEY réalisa ce vœu en permettant, en 1900, la création d'un vaste bâtiment sur la rue de la Vieille Tuilerie : « l'Hospice Cournot-Changey ». En 1900 l'EHPAD* était un asile. Les employées de cet asile étaient les sœurs de la charité de Besançon (25) jusqu'en 1970. Un vaste pavillon composé de deux ailes différentes a été construit en 1900. En 1930 ce pavillon était destiné uniquement aux femmes. En 1970 le pavillon s'est agrandi jusqu'en 1985 en y ajoutant un lieu de détente ainsi qu'un solarium. Au cours des années 1970, le bâtiment a accueilli femmes et hommes pour les rendre plus heureux et leur permettre d'obtenir une vie plus digne que ce qu'ils avaient pu connaître auparavant. Entre les années 1970 et 1980, une réflexion a été menée afin de définir et cerner les adaptations et les besoins des personnes qui se trouvaient dans la structure sur un plus ou moins long terme. Un agrandissement s'est créé pour réaliser une nouvelle maison tout en gardant l'aile de 1900 qui restera le cœur historique de l'institution. Suite à cette modification architecturale, trois ailes se sont formées autour de l'aile centrale qui est réservée à l'accueil, la restauration et aux services. L'EHPAD*, entièrement réhabilité de 1995 à 1998, apporte aux personnes âgées accueillies, une qualité et un cadre de vie adaptés aux besoins gérontologiques actuels. En 2018, l'aménagement de 10 nouvelles chambres a été réalisé de plein pied, correspondant à sept nouvelles places, et trois chambres individuelles. La structure a la capacité de soixante-quinze places permanentes et une place d'hébergement temporaire (dans la résidence du Belvédère).

II.1.3. Moyens matériels pour l'EHPAD* et l'équipe pluridisciplinaire

Aujourd'hui, l'EHPAD* se compose de quatre résidences : celle du Parc et du Belvédère comportant chacune 23 chambres, celle de la Verrière avec 19 chambres, et celle du Château avec 10 chambres. L'EHPAD* dispose de différentes salles et lieux réservés à des activités ou soins, pour un total de 75 résidents. Le PASA* (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) permet d'accueillir, du lundi au vendredi de 10h à 17h, les résidents de l'EHPAD* ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques.

Il comprend : une zone d'activité, un espace cuisine thérapeutique permettant des activités culinaires et dédié à la prise des repas quotidiens avec un espace repas, un espace détente, et un jardin thérapeutique (espace extérieur). L'espace Snoezelen* a pour objectif d'aménager un espace de liberté pour explorer et stimuler 4 des 5 sens de la personne âgée et lui proposer une stimulation de bien être propice à l'échange et la communication, ceci afin de diminuer d'éventuelles angoisses ou tensions. C'est une démarche thérapeutique non médicamenteuse. Cet espace est ouvert à tous les résidents désirant se détendre ou bénéficier d'une séance délivrée par un soignant. Les professionnels qui entourent la structure sont : une responsable hôtelière, l'équipe du service de restauration (deux cuisiniers trois agents de restauration), une animatrice, l'équipe soignante (aides-soignantes, infirmières), des agents de logistiques, des agents éducatifs et sociaux, une cadre de santé, l'équipe médicale (deux médecins coordinateurs), l'équipe administrative (Directeur de l'EHPAD*, secrétaire de direction), une psychologue, un responsable d'entretien. Il n'y a pas d'art-thérapeute. Le réseau : 15 médecins généralistes, 1 ergothérapeute, 4 kinésithérapeutes libéraux, le laboratoire d'analyse médicale et le centre hospitalier de GRAY (70), la clinique de soins de suite et de réadaptation de BEAUJEU (70), l'hospitalisation à domicile, les autres EHPAD* aux alentours de cet EHPAD*, les établissements scolaires.

II.1.4. Grilles d'évaluations et schémas utilisés

Nous avons choisi trois échelles d'évaluation pour cette étude : l'échelle d'Hamilton page 67 pour évaluer la diminution de l'anxiété (1960), l'échelle de Rosenberg page 71 pour évaluer l'estime de soi (1965) puis l'échelle de MADRS* page 72 pour prévenir la dépression (1979).

| Diminuer l'anxiété – Echelle d'Hamilton | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 Items reformulés | | | | |
| Cotations | Capacité à se remémorer (1) | Est maussade (2) | Est soucieuse (3) | Nervosité (4) |
| | 1. Jamais 2. Rarement 3. Quelquefois 4. Souvent 5. Toujours |

Items d'origine :

(1) Item 5 : troubles de la concentration et de la mémoire

(2) Item 6 : humeur dépressive

(3) Item 1 : humeur anxieuse

(4) Item 2 : tension nerveuse

| Estime de soi – Echelle de Rosenberg | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| 4 Items reformulés | | | | |
| Cotations | Se sent capable (1) | Contentement de soi (2) | Envie de se respecter (3) | Dépréciation de soi (4) |
| | 1. Jamais 2. Rarement 3. Quelquefois 4. Souvent 5. Toujours |

Items d'origine :

(1) Item 4 : je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.

(2) Item 7 : dans l'ensemble je suis satisfaite de moi

(3) Item 8 : j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même

(4) Item 9 : parfois je me sens vraiment inutile

| Prévenir la dépression – Echelle de MADRS* | | | | |
|--|--|---|--|--|
| 4 Items reformulés | | | | |
| Cotations | Crispation (1) | Rumination (2) | Peine perçue (3) | Pensées sombres (4) |
| | 1. Forte 2. Présent 3. Légèrement 4. Quelquefois 5. Jamais | 1. Toujours 2. Souvent 3. Quelquefois 4. Rarement 5. Jamais | 1. Forte 2. Souvent 3. Légèrement 4. Quelquefois 5. Jamais | 1. Récurrent 2. Souvent 3. Quelquefois 4. Rarement 5. Jamais |

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (1979)

Items d'origine :

(1) Item 3 : tension intérieure

(2) Item 9 : pensées pessimistes

(3) Item 1 : tristesse apparente

(4) Item 10 : pensées suicidaires

II.1.5. Choix des patients pour l'étude et stratégies thérapeutiques

Choix des patients : lors de la première semaine, avec la psychologue nous avons établi une liste de résidentes nécessitant un accompagnement thérapeutique en concertation avec les médecins coordinateurs de l'EHPAD*. À l'issue de cette liste, nous avons sélectionné ensemble, au fur et à mesure du stage, 3 personnes volontaires parmi les 5 personnes

accompagnées en soins d'art-thérapie pour participer à cette étude.

Stratégies thérapeutiques : les protocoles sont établis par la psychologue et les deux médecins coordinateurs et nous-mêmes, cinq patientes ont été sélectionnées. Nous avons pu mettre en place une moyenne entre huit et onze séances d'art-thérapie d'une heure sur les cinq patientes. Nous avons rencontré ces cinq résidentes une semaine avant les séances mises en place, dans leur chambre. Un entretien s'est alors créé d'une durée d'une heure environ. Cela a permis de réaliser une présentation commune entre le stagiaire art-thérapeute et la résidente. Dans l'entretien il est important de savoir d'avantage quels sont leurs attentes, besoins, plaintes, envies, douleurs physiques/psychologiques tout en leur expliquant également ce qu'est l'art-thérapie pour qu'elles sachent de quoi il s'agit. Nous étions en stage professionnel durant trois mois, les séances ont été agencées à des jours et heures fixes régulières. Cela leur évite d'être perturbées d'avantage. Il est impératif de bien les prévenir dès le début qu'il y a un début et une fin d'accompagnement pour éviter de laisser un sentiment d'abandon derrière nous pouvant entraîner une dépression ou accentuer un trouble anxieux. Avec les équipes pluridisciplinaires et la psychologue de la structure nous avons étudié les disponibilités des résidentes sélectionnées. Les disponibilités sont en moyenne à partir de 10h, après le déjeuner et la toilette. Le temps disponible pour les prises en soin restait cependant limité. Nos horaires de présence ont dû s'adapter au fonctionnement de l'EHPAD* très régulièrement. Il faut tenir compte de l'identité et du rythme de vie, des traitements médicamenteux et de l'état de santé physique, moral et psychologique de la personne âgée. Étant du lundi matin au vendredi matin à l'EHPAD*, à heure fixe, jour fixe, cela a permis d'installer une régularité qui les rassurait beaucoup. Le lundi, mercredi et le jeudi les séances d'art-thérapie commençaient à partir de 10 h et duraient en moyenne 1 heure. Le mardi et mercredi les séances se sont déroulées de 11 h à 12 h. Chaque bilan était rédigé dans l'enceinte de la structure après chaque séance. Les patientes souffrent pour la plupart de pathologies associées avec des troubles cognitifs variés. Cette diversité nous a permis de cerner différentes maladies liées au vieillissement. Les prises en soin ont été établies, un laps de temps a été nécessaire pour aller chercher trois patientes dans leur chambre ou au salon pour aller s'installer dans la salle ouverte, isolée, là où les séances d'art-thérapie se réalisaient. À la fin des séances un raccompagnement jusqu'à leur chambre ou jusqu'au réfectoire de l'EHPAD* se faisait avec trois patientes en général. Un planning comportant les jours et heures des séances pour les résidentes a été établi au sein des équipes soignantes, dans leur bureau de travail puis dans le bureau de la psychologue, mais également

en transmission programmée par le logiciel de l'EHPAD*, là où nous avons eu accès librement. Cela a facilité rapidement le travail des aides-soignantes pour les toilettes. Sur cinq patientes, trois se trouvent de 10h à 17h au pôle d'activités de soin adapté (PASA*). Entre huit et onze séances ont pu se réaliser pour chacune : une heure pour chaque séance, cinq minutes de relaxation dès le début, trois quarts d'heure de mise en place, cinq minutes de rangements, cinq minutes d'échanges après chaque séance. Pour remplir la fiche d'observation 45 minutes se passaient en moyenne après chaque séance. La raison de notre arrivée dans la structure était souhaitée par la direction, le médecin coordinateur et la psychologue. Cependant, l'art-thérapie n'étant pas une discipline connue au sein de l'équipe soignante, nous avons rencontré des difficultés à faire comprendre notre futur métier dans le corps médical. Le fait de ne pas avoir pu être accompagnée par un autre art-thérapeute et de ne voir notre tuteur de stage que le vendredi matin une fois sur deux a questionné certaines soignantes. Nous noterons en effet que le temps imparti aux soignants est très limité pour répondre à des questions et créer une coopération. Cinq rendez-vous d'une heure avec les médecins coordinateurs ainsi qu'avec la psychologue se sont mis en place, durant le stage pour obtenir des informations qui ont complété les dossiers médicaux de chaque patiente. Nous avons réussi à nous faire admettre rapidement dans les équipes soignantes de l'EHPAD* suite aux transmissions et au travail fourni avec les résidentes. La salle ouverte où nous avons pu réaliser nos séances d'art-thérapie avec deux sur cinq des patientes avec un point d'eau puis toilettes à proximité, était un espace calme, lumineux, un endroit propice à l'art-thérapie. Il est situé au milieu de la résidence du château. Un ascenseur était à disposition, facilitant ainsi les déplacements car cet espace était au premier étage. Les séances avec les trois autres personnes âgées s'effectuaient dans leur chambre. Un rendez-vous avec le directeur de l'EHPAD* s'est mis en place par nos demandes, dès le début, pour lui présenter le métier d'art-thérapeute. Nous avons voulu lui expliquer nos démarches au sein de l'EHPAD*. Nous prenons tous les matins, le temps de lire en arrivant les transmissions des soins thérapeutiques, mis en place avant d'aller commencer les séances avec les personnes âgées.

II.1.6. Durée et organisation du stage

Le stage a débuté le 23 octobre 2023 et s'est déroulé jusqu'au 19 janvier 2024. Les ateliers d'art-thérapie ont servi de support à l'étude. Chaque personne âgée est accueillie pour une séance d'une heure variable suivant son état de fatigue, une fois par semaine, à une heure fixe, jour fixe.

L'indisponibilité des patientes à notre arrivée nous contraint parfois à nous adapter à une modification de l'horaire de la séance. Nous avons pu mettre en place une moyenne entre huit et onze séances d'art-thérapie sur les cinq patientes. Nous avons effectué quarante-sept séances d'art-thérapie individuelles au total, alors que nous avons prévu dès le début soixante séances, douze séances pour chacune des cinq personnes durant nos treize semaines de stage. Ce qui nous aurait permis de suivre une progression personnalisée approfondie.

II.1.7. Retombées attendues

Cette étude doit nous permettre de démontrer que l'art-thérapie peut diminuer et/ou soulager et travailler sur l'anxiété, restaurer l'estime de soi, la confiance en soi, la concentration, maintenir les capacités actuelles et les préserver, procurer du bien-être. Ainsi, les retombées attendues sont :

Pour Mme G : diminuer et soulager les troubles cognitifs et anxieux dépressifs, travailler la mémoire, concentration, maintien des capacités, confiance en soi, estime de soi, contrôler ses émotions et prendre du plaisir.

Pour Mme B : diminuer et soulager les troubles cognitifs et anxieux dépressifs, de valoriser son image, d'adoucir son humeur

Pour Mme L : diminuer les troubles de l'anxiété et dépressifs ainsi que favoriser la confiance en soi, l'estime de soi et améliorer la capacité à se détendre puis éviter de ruminer.

II.1.8. Organisation et évaluation des séances

Les séances sont organisées en individuel sur une durée d'une heure, variable en fonction de leur fatigabilité. La salle et le matériel utilisés sont mis en place avant la venue de la résidente à chaque fois. Elles se décomposent en quatre temps ritualisés également (si séance dans la chambre, nous arrivons avant l'heure de la séance pour avoir le temps de s'installer) :

1. Un temps pour exprimer ses émotions à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de leur état d'être à l'instant T (anxiété, tristesse, peur, joie, colère et autres).

2. Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions).

3. Production : présentation de la séance, des consignes avec si besoin une adaptation selon le contexte du moment et réalisation.

4. Temps d'échanges accompagné de questions : moment de partage sur la création, les ressentis avec une mise en place d'auto-évaluation (réalisée si la patiente est en capacité, sinon nous procédons par des smileys* qui illustrent l'état de ses ressentis lors de la séance), des questions et des réponses verbalisées suivies d'une échelle de cotation de 0 à 4 (pas du tout, un peu, moyennement, fortement). Une grille d'auto-évaluation a été créée pour garder une trace du regard des patientes sur la façon dont elles ont vécu ce temps d'atelier-thérapeutique. Notre bilan final se réalise à la fin de nos séances programmées.

II.2. Méthodes

II.2.1. Madame G

II.2.1.1. Anamnèse

Mme G a été admise en EHPAD* le 16 juin 2022, elle est née le 03 mars 1927, a 97 ans, mesure 1 mètre 46 pour 52 kilos. Son IMC* est de 24,39 kg/m² ce qui correspond à une corpulence normale. Mme G est en termes de perte d'autonomie classée comme GIR* 3. Veuve depuis 2019, a deux filles qui viennent la voir régulièrement, était bouchère et travaillait en couple avec son mari. Mme G présente des troubles cognitifs et un trouble de l'anxiété puis dépressif qui s'est accentué depuis le décès de son mari. Elle a toujours aimé les mots fléchés, lire, écrire, aller se promener dehors. C'est une dame qui exprimait à son entrée dans l'EHPAD* le souhait de retrouver de l'énergie, de mieux gérer ses angoisses qui se manifestent par l'impression d'être serrée au niveau du ventre et du thorax. Mme G supporte mal la solitude, surtout quand ses deux filles viennent la voir et repartent de l'EHPAD* car un sentiment d'abandon s'installe en elle quand ses deux filles repartent. C'est une patiente avec une démence sénile, des troubles de la mémoire qui se déplace actuellement en déambulateur. A un sentiment d'abandon permanent qui la conduit à toujours être dans la demande de la présence de l'autre (tel que le soignant par exemple). Mme G a besoin d'un cadre pour l'amener dans une réassurance lorsqu'elle se sent perdue. Sa désorientation et son anxiété générale lui apportent des difficultés pour s'exprimer verbalement. Sur les troubles dépressifs, Mme G a tendance à se replier sur elle-même. Son état dépressif et anxieux engendre un comportement d'isolement et à tendance à la couper des autres.

La cohérence de ses actes n'est pas toujours en adéquation avec ce qu'elle veut. Mme G a tendance à se replier sur elle-même, elle manque de motivation pour les activités qui se passent au sein de l'EHPAD*. Pour autant, elle aime discuter et marcher avec d'autres résidents ou personnels soignants. Antécédents médicaux : pneumopathie* au décours d'une fracture du bassin avec décompensation cardiaque et insuffisance rénale fonctionnelle, tassement vertébraux, AIT* carotidien, colite, fracture de bronche ischio pubienne. Antécédent Chirurgicaux : cholécystectomie en 2009. Pathologies* : syndrome anxiodépressif, HTA*, hernie hiatale, colopathie, démence sénile, douleurs lombaires. Elle ne présente pas d'allergie. Les traitements :

| Famille du médicament | Médicament | Dose du médicament | Indication du médicament pour le patient | Effets indésirables du médicament |
|--------------------------------------|--|--|---|--|
| Antidépresseur | Norset 15mg | 1 comprimé le soir à 18h | Anxiété et état dépressif | Cauchemars, malaise, agitation, perte de sensibilisation |
| Antalgique palier 3 | Durogésic 12 microgrammes | Un jour sur trois : 1 patch le matin à 8h | Lombalgie | Constipation, nausées, vomissement |
| Anxiolytique | Seresta 10mg | 1 comprimé le matin à 8h, 1 à 16h et 1 à 18h | Anxiété | Maux de tête, somnolence, vision double |
| Neuroleptique Atypique | Risperdaloro 0,5 mg | 1 comprimé le soir à 18h | Prévention des hallucinations | Fatigue, Constipation, Maux de tête |
| Inhibiteur de l'enzyme de conversion | Ramipril EG 2,5 mg | 1 comprimé à 8h | HTA* | Douleurs digestives, diarrhée, fatigue |
| Antiangoreux | Procoralan 5mg | 1 comprimé à 8h et 1 à 18h | Cardiopathie* | Taches visuelles se traduisant par des tâches lumineuses transitoires dans le champ visuel |
| Antalgique palier 1 | Paracétamol Arrow Lab 500 mg poudre solution buvable | 2 sachets à 8h, à 12h et à 18h | Douleurs | Diarrhée, douleurs abdominales |
| Collyre anti glaucomeux | Latanoprost Biogaran 0,005% | 1 goutte à 8h | Glaucome | Irritation oculaire, démangeaison, vision trouble |
| Diurétique de l'anse | Furosémide Biogaran 20mg | 1 comprimé à 8h, à 12h | Insuffisance cardiaque, et HTA* | Déshydratation, crampes |

| | | | | |
|---------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|
| Elément minéral potassium | Diffu-K 600 mg | 1 comprimé à 8h | Potassium car hypokaliémie | Irritation du tube digestif |
|---------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|

II.2.1.2. Objectifs thérapeutiques

Objectifs généraux d'art-thérapeutiques : restaurer l'estime de soi, apaiser son anxiété, travailler la mémoire, autonomie. **Objectifs secondaires d'art-thérapeutiques :** concentration, maintien des capacités préservée, confiance en soi. **Objectifs de séances :** contrôler ses émotions, prendre du plaisir.

II.2.1.3. Séances d'art-thérapie

À la suite des dix séances réalisées nous présenterons uniquement les plus pertinentes, ayant dû nous limiter du fait du nombre de page exigé. Nous présenterons six séances ci-dessous :

| | | | | |
|--|--|--|-----------|--------------------------|
| Séance 3 | Lundi 13/11/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles anxieux | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : confiance en soi | | | | |
| Objectif de séance : contrôler ses émotions | | | | |
| Titre de séance : le mandala* en couleurs | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Remplissage d'un mandala* pré-dessiné à l'aide de feutres avec des formes différentes, hachures, lettres, mots, formes géométriques autres..., couleurs des feutres de son choix dès le départ | | | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | | | |
| Rituel début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Madame vient en marchant à l'aide de son déambulateur à mes côtés pour s'installer dans la salle de la résidence du château. Elle demande plusieurs fois la consigne lorsqu'elle est installée. | | |
| | Milieu | Prises d'initiatives, créations de formes diverses dans le mandala*, souriante, madame G est captivée. | | |
| | Fin | Mme G prend plaisir à remplir le mandala*. Fière de son travail et veut l'accrocher dans sa chambre. Temps d'échanges rassurant et constructif pour Madame G qui est heureuse de répondre aux questions. | | |

| 7 questions pour l'auto-évaluation de la séance | Réponses de Mme G |
|--|--|
| 1. Êtes-vous satisfaite de la séance ? | 1. C'était agréable, je n'ai pas vu l'heure passer. |
| 2. Comment vous sentez-vous ? | 2. Je me sens bien, la séance m'a fait du bien. |
| 3. Êtes-vous fatiguée ? | 3. Non je ne suis pas fatiguée, ça m'a bien réveillé. |
| 4. Êtes-vous satisfaite de votre réalisation ? | 4. Oui je suis satisfaite le mandala* est joli. |
| 5. Avez-vous apprécié les feutres que vous avez utilisés ? | 5. Oui j'ai bien aimé les feutres ils sont faciles à utiliser. |
| 6. Avez-vous trouvé du plaisir durant la séance d'art-thérapie ? | 6. Oui ça me fait beaucoup de bien. |
| 7. Êtes-vous étonnée de votre réalisation aujourd'hui ? | 7. Oui j'ai bien réussi les remplissages dans le mandala, les dessins que j'ai effectués sont bien réussis, je suis contente de moi et du rendu. |

| Séance 4 | Lundi 20/11/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
|---|--|---|-----------|--------------------------|
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles anxieux | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : confiance en soi | | | | |
| Objectif de séance : contrôler ses émotions | | | | |
| Titre de la séance : feuilles d'automne | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Sur des feuilles A4*, des feuilles végétales sont déjà dessinées, il faut les remplir avec les couleurs de son choix à l'aide des feutres à l'aquarelle, en créer d'autres si elle le souhaite. | | | |
| Emotion de début de séance | Angoissée | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme G vient en marchant à mes côtés à la salle du château, à l'aide de son déambulateur. Elle dit être angoissée depuis son réveil. | | |
| | Milieu | Elle dit que la séance la détend et l'apaise, elle est concentrée et prend plaisir. | | |
| | Fin | N'évoque plus son état anxieux, elle est détendue et souriante à la fin de la séance et apprécie l'échange de questions pour clôturer la séance d'art-thérapie. | | |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir séance n°3) 1. Oui ça m'a détendue je ne suis plus angoissée j'avais une boule de stress avant de commencer la séance 2. Je me sens bien ! 3. Non je ne suis pas fatiguée 4. Oui je suis contente de ce que j'ai fait, j'ai réussi à faire quelque chose de beau. | | | | |

5. Oui j'aime bien travailler avec les feutres comme ça je ne me tache pas les mains et les doigts, c'est agréable.
6. Oui ça m'a fait plaisir à la tête je me sens moins bête.
7. Oui car je ne dessine plus depuis longtemps, je ne pensais pas être capable de faire tout cela.

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----------|--------------------------|
| Séance 6 | | Lundi 04/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles anxieux | | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : confiance en soi | | | | | |
| Objectif de séance : prendre du plaisir | | | | | |
| Titre de la séance : composition de formes géométriques | | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | | |
| Proposition de séance | | Sur une feuille canson standard des points étaient dispersés, il faut les rejoindre tous ensemble par un trait de la couleur que l'on choisit, cela crée des formes géométriques, il faut écrire les noms des formes qui ressortent dans la zone créée. | | | |
| Emotion de début de séance | | Joyeuse | | | |
| Rituel du début de séance | | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | | Début | Mme G vient en marchant à mes côtés à la salle du château, à l'aide de son déambulateur. Elle demande plusieurs fois la consigne. | | |
| | | Milieu | Prises d'initiatives créations de formes diverses dans le mandala*, souriante | | |
| | | Fin | Prend plaisir à réaliser le remplissage du mandala*. | | |
| <p align="center">Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir séance n°3)</p> <ol style="list-style-type: none"> Oui je suis satisfaite de cette séance. Je me sens bien réfléchi(e) maintenant, la réflexion est venue en moi. Oui je suis un peu fatiguée, ça m'a détendu. Oui bien sûr c'est pas mal ce que j'ai fait. Oui j'ai bien aimé les feutres ils sont agréables Oui cela me fait du bien à la tête et au corps Oh oui, je me suis rassurée dans la séance, ça me demande de la réflexion ce que j'ai fait. Je suis surprise de ce que j'ai réalisé, c'est agréable de se dire qu'on est capable de faire encore quelque chose. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|-------------------|--------------|-----------|--------------------------|
| Séance 7 | | Lundi 11/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles anxieux | | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : stimuler la fonction cognitive et la mémoire | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| Objectif de séance : retenir la consigne énoncée | | |
| Titre de la séance : visage floral | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | |
| Proposition de séance | Sur feuille A4* blanche un visage abstrait à moitié floral déjà dessiné avec une rose qui coupe le visage sur sa longueur, Mme G doit continuer le dessin avec les feutres comme elle le veut, formes, lettres, mots, hachures... | |
| Emotion de début de séance | Peur, craintive (peur de ne pas réussir) | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme G vient à l'aide de son déambulateur. Elle est curieuse et observe beaucoup. |
| | Milieu | Elle prend facilement des feutres à disposition, puis à voix haute elle dit les mots qui lui viennent à l'esprit, elle les écrit aussi dans le dessin. |
| | Fin | Mme G est soulagée d'avoir pu mettre des mots sur son état d'être, elle est souriante et respire mieux. Elle verbalise plus facilement son mieux-être qu'au début de la séance. |
| <p align="center">Réponses pour l'auto-évaluation (voir séance n°3)</p> <ol style="list-style-type: none"> Oui ça m'a fait du bien Je me sens bien Oui je suis un peu fatiguée Oui c'est beau ce que j'ai fait, fallait y penser, avoir l'idée de faire ça. Oui c'est agréable j'aime bien travailler avec les feutres ça me convient bien. Oui je n'ai pas vu la séance passer, ça m'a détendue Oui c'est positif, j'avais la tête ailleurs avant la séance maintenant ça va mieux quand même. | | |

| | | | | |
|--|---|-----------------|-----------|--------------------------|
| Séance 8 | Lundi 18/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles anxieux | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : confiance en soi | | | | |
| Objectif de séance : prendre du plaisir | | | | |
| Titre de la séance : mandala* aux 8 couleurs | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Prendre 8 couleurs de feutres différentes et faire des formes, symboles, hachures dans les 8 zones déjà séparées pour former un mandala* personnalisé. | | | |
| Emotion de début de séance | Fatiguée | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur | | | |

| | | |
|---|--|--|
| | l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme G hésitait sur les choix de couleurs mais a réussi à choisir avec de l'aide. Elle est curieuse |
| | Milieu | Mme G se plaint d'avoir les yeux fatigués mais souhaite continuer la séance malgré tout, elle est motivée, réussit à faire des formes diverses seule |
| | Fin | Elle sourit, elle est contente même si elle exprime qu'elle est fatiguée verbalement. Elle dit que cela lui a fait plaisir et que le mandala* est gai. |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir séance n°3) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui c'était vraiment agréable, ça m'a fait du bien. 2. Je me sens bien, j'ai les yeux fatigués mais je tiens à dire que c'est joli ce que j'ai fait. 3. Oui je suis un peu fatiguée. 4. Oui je suis contente le mandala* a de belles couleurs vives 5. Oui j'aime bien les feutres, je n'ai pas envie de changer d'outil, ils sont agréables dans la main. 6. Oui ça me fait plaisir et ça m'apaise. 7. Oui, je suis arrivée dans la séance fatiguée avec de la volonté et j'ai réussi à faire quand même quelque chose. Je suis quand même capable de faire encore quelque chose avec mes yeux malades. | | |

| | | | | |
|--|----------------------------|--------------|-----------|-----------------------|
| Séance 9 et séance 10 | Lundi 25/12/23 et 01/01/24 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles anxieux | | | | |
| Séance annulée : contexte Fêtes de fin d'année, Mme G en sortie auprès de sa famille | | | | |

| | | | | |
|---|--|--------------|-----------|-----------------------|
| Séance 12 | Lundi 15/01/24 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |
| Objectif de séance : prendre du plaisir | | | | |
| Titre de la séance : puzzle des 4 saisons | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Construire un puzzle à 4 morceaux symbolisant les 4 saisons. Un puzzle pour pouvoir jouer et remettre les morceaux dans le bon ordre ensemble et faire travailler la mémoire. | | | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |

| | | |
|--|--------|--|
| Déroulement de la séance | Début | Sur une feuille canson standard Mme G a repris les dessins qu'elle a réalisés avec des feutres lors de la séance 11, illustrant les 4 saisons. |
| | Milieu | Elle a dessiné sur les 4 morceaux de puzzle créés préalablement. Elle est heureuse de reconnaître les noms des fleurs qu'elle a redessinées dans le puzzle, souriante et heureuse. |
| | Fin | Elle est vraiment fière d'elle, surprise par le côté esthétique très gai que cela renvoie. Mme G est très contente d'avoir réussi à réaliser un puzzle. |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir séance n°3) | | |
| <p>1. Je suis très satisfaite les fleurs et couleurs vont bien ensemble, c'était vraiment bien de finir la dernière séance sur un jeu auquel on peut jouer autant de fois que l'on veut.</p> <p>2. Je me sens heureuse et apaisée.</p> <p>3. Je suis un peu fatiguée mais c'est bien ça m'a détendue !</p> <p>4. Oui les fleurs m'ont fait du bien au cœur, c'est joyeux !</p> <p>5. J'ai aimé être avec les feutres tout le long ils sont agréables à tenir, ça ne tache pas, ils sont légers</p> <p>6. Oui je n'ai pas vu l'heure passer ! Ça m'a touché le cœur, ça me fait du bien de voir que je peux encore faire quelque chose de bien actuellement.</p> <p>7. Oui ça m'a procuré des choses à l'intérieur du cœur. Ça m'a fait du bien. Je ne pensais pas ressentir cela aussi fort au départ des séances c'était vraiment bien. Mme G est dans un moment nostalgique séparation un peu difficile.</p> | | |

II.2.2. Madame B

II.2.2.1. Anamnèse

Mme B a été admise en EHPAD* le 01 mars 2021, née le 20 avril 1930, a 94 ans. Elle mesure 1 mètre 52 pour 35,5 kilos. Son IMC* est de 15,37 kg/m² ce qui correspond à une maigreur cela correspond à une dénutrition. Elle est classée comme GIR* 2 en perte d'autonomie. Veuve depuis le 29/10/2016, elle a eu deux filles dont une qui est décédée d'un cancer du pancréas le 22/12/20. Son autre fille vient la voir régulièrement à l'EHPAD*. Institutrice durant sa vie professionnelle, elle présente des troubles cognitifs et un trouble de l'anxiété et dépressif qui s'est accentué depuis le décès de son mari et de sa fille. C'est une dame qui aimait faire des promenades autour de sa maison avant qu'elle ne souffre d'un glaucome sévère bilatéral avec diminution majeure de l'acuité visuelle. D'où un ralentissement important sur l'autonomie hors ses repères habituels. Elle a déjà fait des chutes à répétition. C'est une dame très sociable, accueillante, bienveillante qui se montre anxieuse et a besoin d'être rassurée sur ses problèmes de troubles visuels importants. A toujours la crainte d'être un fardeau pour l'équipe médicale. Mme B se montre cependant cohérente avec une mémoire relativement vive. Antécédents médicaux : cardiopathie ischémique pontée, ostéoporose. Antécédents chirurgicaux : IDM* infarctus du myocarde, stents coronariens, ostéoporose vertébrale, arthroplastie hanche droite,

fracture humérale droite avec traitement orthopédique, cholécystectomie, ovariectomie, bandelette urétrale. Pathologies : hyper-tension artérielle, glaucome sévère, chute à répétitions, coronaropathie*, fracture corticale fémur droit. S'aide d'une béquille et est toujours accompagnée d'un bras secourable, nécessaires pour effectuer ses déplacements en dehors de sa chambre, comme pour aller au réfectoire de l'EHPAD* par exemple. Il n'y a que dans sa chambre que Mme B peut se déplacer seule, sans canne, ayant réussi à y instaurer des repères suffisants. Chaque bien a sa place pour éviter toute angoisse ou faire émerger tout sentiment éventuel de persécution. Les traitements :

| Famille du médicament | Médicament | Dose du médicament | Indication générale du médicament | Effets indésirables du médicament |
|------------------------------|---|---------------------------|---|---|
| Neuroleptique atypique | Rispéridone EG 1mg/ml solution buvable | 0,25 mg à 18h | Agressivité dû à ses troubles cognitifs | Maux de tête, insomnie, diarrhée, nausées, troubles de la vision, douleur articulaire, douleur abdominale |
| Antalgique palier 1 | Doliprane 1 gr | 1 à 8h, 12h et 1 à 18h | Douleurs | Diarrhée, douleurs abdominales |
| Vitamine D | Zymad 50 000 UI 1 ampoule de 2ml | 1 ampoule chaque mois | Apport en vitamine D | Nodule, urticaire, rougeur, démangeaisons |
| Antiagrégant plaquettaire | Aspirine Protect 100mg | 1 comprimé à 8h | Pontage coronarien | Gastrite, douleurs abdominales |
| Hypolipémiant | Atorvastatine Biogaran 20mg | 1 comprimé à 18h | Pontage coronarien | Constipation, ballonnement, mal de dos, insomnie, fatigue |
| Bêtabloquant | Bisoce Gé 2,5 mg | 1 comprimé à 8h | Pontage coronarien | Douleur d'estomac, insomnie, nausées |
| Elément minéral : potassium | Diffu-K 600mg | 1 comprimé à 18h | Pontage coronarien | Irritation du tube digestif |
| Diurétique de l'anse | Furosémide Mylan 20mg | 1 comprimé à 8h | Pontage coronarien | Déshydratation, Hypotension orthostatique |
| Collyre anti glaucomeux | Ganfort 0,3mg/ml + 5mg/ml | Une goutte à 18h | Collyre en solution, pour sa cécité, hydratation des yeux | Démangeaisons, douleur et sécheresse oculaire, trouble de la vue |
| Antidépresseur | Miansérine Arrow 10mg | 1 comprimé à 18h | Dépression | Sécheresse de la bouche, constipation, douleurs musculaires et articulaires |

| | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|---|--|
| Laxatif osmotique | Movicol, sachet en poudre buvable | 1 sachet à 8h | Constipation induit par la prise du neuroleptique | Douleurs abdominales, nausées, ballonnement, maux de tête |
| Inhibiteur de l'enzyme de conversion | Perindopril Biogaran 4mg | 1 comprimé à 8h | Pontage coronarien | Dépression, troubles de l'humeur, maux de tête, troubles visuels |

II.2.2.2. Objectifs thérapeutiques :

Les objectifs généraux sont : diminuer les troubles anxieux, dépressifs et soulager les troubles cognitifs. **Objectifs secondaires** : valorisation de son image, améliorer les fonctions cognitives, améliorer la concentration et la mémoire. **Objectifs de séances** : lâcher prise, adoucir son humeur.

II.2.2.3. Séances d'art-thérapie

À la suite des onze séances réalisées nous présenterons uniquement les plus pertinentes, ayant dû nous limiter du fait du nombre de pages exigé. Nous présenterons six séances ci-dessous :

| | | | | |
|---|-------------------|--------------|-----------|-------------------------|
| Séance 1 | Vendredi 03/11/23 | De 11h à 12h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectif thérapeutique principal : soulager les troubles cognitifs et diminuer les troubles anxieux | | | | |
| Séance annulée : contexte Mme B est complètement désorientée à mon arrivée dans sa chambre, elle est avec une aide-soignante qui essaye de l'apaiser en vain. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--------------|-----------|-------------------------|
| Séance 2 | Vendredi 10/11/23 | De 11h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectifs thérapeutiques principaux : soulager les troubles cognitifs pour les 30 premières minutes puis diminuer les troubles anxieux pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectifs thérapeutiques secondaires : améliorer les fonctions cognitives liées à la mémoire pour les 30 premières minutes puis améliorer la fonction cognitive liée à la concentration pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectifs des 30 premières minutes de la séance : travailler la concentration par le toucher puis objectif des 30 dernières minutes : travailler la mémorisation du toucher et des paroles des musiques | | | | |
| Titre de la séance : sensations et souvenirs | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : stimulation au toucher, musique, expression corporelle | | | | |
| Proposition de séance | Toucher sur plusieurs matières différentes tel que des tissus différents rugueux, lisse, troué, des feuilles végétales et écoute musicale et laisser aller sur les musiques (Auprès de ma blonde” des chevaliers de la table ronde, French accordéon musette “ et “ Valse parisienne french music) à l'aide d'une enceinte Bluetooth | | | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | | | |
| | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de | | | |

| | | |
|--|--|---|
| Rituel du début de séance | son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Elle est curieuse et apprécie toucher les tissus différents, cela l'amuse et la rend heureuse |
| | Milieu | Mme B reconnaît certains tissus elle est heureuse souriante, enthousiaste. |
| | Fin | Rire, expression corporelle debout assise, danse, évoque des souvenirs « ça me rappelle la vieille époque » |
| 7 questions pour l'auto-évaluation de la séance 1. Êtes-vous satisfaite de la séance ? 2. Comment vous sentez-vous ? 3. Êtes-vous fatiguée ? 4. Avez-vous trouvé la séance difficile ? 5. Avez-vous apprécié toucher des matières différentes et écouter les musiques ? 6. Trouvez-vous du plaisir durant les séances d'art-thérapie ? 7. Êtes-vous étonnée de ce que vous avez fait aujourd'hui ? | Réponses | |
| | 1. Oh oui ! Vous m'avez fait toucher des choses agréables et les musiques étaient superbes. 2. Je me sens très bien. 3. Non je ne suis pas fatiguée j'ai juste la tête qui tourne un peu mais c'est à cause de la valse ! Ce n'est pas grave j'aime danser. 4. Non pas du tout 5. Oui ça m'a plu et la musique j'adore ça. 6. Oui j'ai vraiment apprécié la première séance. 7. Oui quand même, je ne pensais pas danser une valse et écouter de la musique puis toucher des choses surprenantes ! | |

| | | | | |
|--|--|--------------|-----------|-------------------------|
| Séance 4 | Vendredi 24/11/24 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectifs thérapeutiques principaux : soulager les troubles cognitifs pour les 30 premières minutes puis diminuer les troubles anxieux pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer les fonctions cognitives reliées à la mémoire pour les 30 premières minutes puis améliorer la fonction cognitive liée à la concentration pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif de séance : travailler la concentration par le toucher puis objectif des 30 dernières minutes : travailler la mémorisation du toucher et des paroles des musiques | | | | |
| Titre de la séance : sensations et souvenirs | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : stimulation au toucher, musique, expression corporelle | | | | |
| Proposition de séance | Toucher sur des textures différentes rugueuse, lisse, trouée, douce : laine, coton, grosse feuille végétale séchée et écoute musicale (Ambiance mussetienne, Wenn Mlle dish Kusst, valse) à l'aide d'une enceinte Bluetooth. | | | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |

| | | |
|--|--------|--|
| Déroulement de la séance | Début | Mme B est très motivée et souriante elle apprécie toucher des choses elle est curieuse |
| | Milieu | Explorer les zones différentes de chaque matière elle est à l'aise, est concentrée sur ce que cela peut être. Elle enroule ses mains avec la laine avec joie et rires et finit par reconnaître certaines matières en les touchant. |
| | Fin | Mme B a beaucoup apprécié la séance, elle a dansé assise sur son fauteuil, senti des matières, rigolé, elle s'est détendue. |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. C'était super, je ne m'ennuie jamais avec vous 2. Je me sens bien ça m'a réveillé tout ce que j'ai fait. 3. Non pas du tout 4. Non pas du tout 5. Oui c'était agréable, j'aime la musique ça m'a détendue 6. Oui beaucoup 7. Oui je ne pensais pas danser c'est vraiment un plaisir d'écouter de la musique et de danser même assise dans son fauteuil et même si on ne voit pas ce n'est pas grave je ne me rends pas compte de ce que j'ai pu faire mais ça m'a fait du bien. | | |

| | | | | |
|--|--|--|-----------|----------------------------|
| Séance 6 | Vendredi 08/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectif thérapeutique principal : soulager les troubles cognitifs pour les 30 premières minutes puis diminuer les troubles anxieux pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer les fonctions cognitives reliées à la mémoire pour les 30 premières minutes puis améliorer la fonction cognitive liée à la concentration pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif de séance : travailler la concentration par le toucher puis objectif des 30 dernières minutes : travailler la mémorisation du toucher et des paroles des musiques | | | | |
| Titre de la séance : sensations et souvenirs | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : stimulation au toucher, musique, expression corporelle | | | | |
| Proposition de séance | Travail sur le toucher, plumes différentes, branches végétales et écoute musicale (Reine de musette de Yvette Horner, La bohème de Charles Aznavour, Sous le ciel de paris de Edith Piaf) à l'aide d'une enceinte Bluetooth. | | | |
| Emotion en début de séance | Angoissée | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Accueil chaleureux dans sa chambre, Mme B est angoissée depuis ce matin. Elle me dit qu'elle veut être soulagée. Elle est tout de même motivée | | |
| | Milieu | Elle se concentre et se laisse aller dans le toucher et la musique des sourires apparaissent. | | |
| | Fin | Elle se sent mieux, elle continue de chanter même lorsque la musique est terminée, elle sourit | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | et part avec une aide-soignante en direction du réfectoire en continuant de chanter. |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui ça m'a plu ce que j'ai fait 2. Je me sens mieux qu'au début de la séance 3. Non ça va la musique m'a apaisée 4. Non ça va c'était bien 5. Oui ça me permet d'imaginer de belles choses car je ne les vois pas. 6. Oui beaucoup ça me plonge dans des souvenirs agréables. 7. Oui je ne pensais pas suivre le rythme des chansons aussi facilement, je me suis laissée aller autant avec ce que vous m'avez fait toucher et les musiques écoutées. | | |

| | | | | |
|--|--|--|-----------|----------------------------|
| Séance 8 | Vendredi 22/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectif thérapeutique principal : soulager les troubles cognitifs pour les 30 premières minutes puis diminuer les troubles anxieux pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer les fonctions cognitives reliées à la mémoire pour les 30 premières minutes puis améliorer la fonction cognitive liée à la concentration pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif de séance : travailler la concentration par le toucher puis objectif des 30 dernières minutes : travailler la mémorisation du toucher et des paroles des musiques | | | | |
| Titre de la séance : sensations et souvenirs | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : stimulation au toucher, musique, expression corporelle | | | | |
| Proposition de séance | Travail sur le toucher : paires de chaussettes, écharpe en grosse laine, et tissu en soie puis écoute musicale de 3 musiques (Mon amour de saint jean de Patrick Bruel, Hier encore de Charles Aznavour, La ballade des gens heureux de Gérard Lenorman) avec enceinte bluetooth. | | | |
| Émotion en début de séance | Joyeuse | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Elle est curieuse et attentive elle reconnaît la paire de chaussette qu'elle a mis dans ses mains, comprends que cela tient chaud..., s'enroule dans l'écharpe cherche à comprendre ce que cela peut être, elle est souriante. | | |
| | Milieu | Mme B est dynamique, elle se laisse aller durant les musiques et fait des gestes avec ses bras en voulant s'exprimer non verbalement, souriante elle continue et se lève de son fauteuil et choisit de danser avec la grande écharpe autour d'elle | | |
| | Fin | Des rires, un lâcher prise évident Mme B évoque que l'écharpe lui a remonté un vieux | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | souvenir d'un doudou d'enfant très doux. Elle souriait |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui j'ai fait plein de choses différentes, je suis contente 2. Je me sens bien 3. Non je ne suis pas fatiguée 4. Non ce n'est pas difficile 5. Ça me remet en ordre, parce que j'ai envie de faire des choses mais je ne peux pas seule parce que je ne vois rien avec vous en séance je fais beaucoup de choses c'est vraiment bien ! 6. Oui énormément 7. Oui je ne savais pas à quoi m'attendre au début, ça m'a rendue curieuse et j'ai aimé toucher les matières qui m'ont rappelé des bons souvenirs. | | |

| | | | | |
|--|--|--|-----------|----------------------------|
| Séance 10 | Vendredi 05/01/24 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectif thérapeutique principal : soulager les troubles cognitifs pour les 30 premières minutes puis diminuer les troubles anxieux pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer les fonctions cognitives reliées à la mémoire pour les 30 premières minutes puis améliorer la fonction cognitive liée à la concentration pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif de séance : travailler la concentration par le toucher puis objectif des 30 dernières minutes : travailler la mémorisation du toucher et des paroles des musiques | | | | |
| Titre de la séance : sensations et souvenirs | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : stimulation au toucher, musique, expression corporelle | | | | |
| Proposition de séance | Travail sur le toucher : foulard en soie, papier crépon, nappe cirée puis écoute musicale de 3 musiques (J'ai la mémoire qui flanche de Jeanne Moreau, la valse d'Amélie, Dmitri Shostakovich- Waltz No.2) avec enceinte bluetooth. | | | |
| Emotion de début de séance | Tristesse, Angoisse | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme B m'accueille dans sa chambre, elle est crispée et triste. | | |
| | Milieu | Elle se laisse aller et déchire le papier crépon. Elle se rend compte des reliefs, des creux des plis au toucher elle est concentrée, captivée, la musique la stimule beaucoup elle se lève et danse avec ses bras et sa tête en suivant le rythme des musiques. | | |
| | Fin | Elle se souvient des paroles des musiques, suit le rythme correctement à travers l'expression corporelle. Mme B chante et sourit elle est détendue | | |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2) | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui beaucoup 2. Je me sens nettement mieux et bien détendue | | | | |

3. Non je suis bien réveillée
4. Non c'était très bien
5. Oui beaucoup
6. Oui c'est intéressant et j'ai reconnu certaines musiques
7. Je suis heureuse de toucher ce que vous m'apportez cela doit être très joli, et les musiques j'aime ça depuis toujours !

| | | | | |
|--|--|--|-----------|----------------------------|
| Séance 11 | Vendredi 12/01/24 | De 11h à 12h | Durée 1 h | Individuelle en chambre |
| Objectif thérapeutique principal : soulager les troubles cognitifs pour les 30 premières minutes puis diminuer les troubles anxieux pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer les fonctions cognitives reliées à la mémoire pour les 30 premières minutes puis améliorer la fonction cognitive liée à la concentration pour les 30 dernières minutes | | | | |
| Objectif de séance : travailler la concentration par le toucher puis objectif des 30 dernières minutes : travailler la mémorisation du toucher et des paroles des musiques | | | | |
| Titre de la séance : sensations et souvenirs | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : stimulation au toucher, musique, expression corporelle | | | | |
| Proposition de séance | Travail sur le toucher : Parchemin de table en toile transparente, serviette en papier, copeaux de bois, puis écoute musicale de 3 musiques (Les filles de mon Pays de Enrico Macias, A toi de Joe Dassin, La vie en rose de Edith Piaf) avec enceinte bluetooth. | | | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme B est souriante, touche ce que nous lui apportons sans hésitation, elle est curieuse de savoir quelles musiques elle va écouter. | | |
| | Milieu | Elle est enjouée et attentive. Elle imagine ce qu'elle touche et nous demande de lui décrire par la suite. | | |
| | Fin | Envoutée dans une musique, elle chante et elle nous demande de l'accompagner dans une danse avec le parchemin qu'elle a volontairement mis sur ses épaules. Elle était nostalgique et nous a confondu avec son mari, durant quelques secondes, en dansant sur la musique de Joe Dassin. Elle a dit, "il manque plus que la robe de mariée on dirait un voile de mariée ce que j'ai sur moi c'est drôle" et nous a serré dans ses bras. Moment très intense pour Mme B avec les larmes aux yeux en souriant rajoutant " c'était tellement beau ce que j'ai vécu il me manque beaucoup" elle est revenue à l'instant présent lentement avec douceur. | | |

Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2)

1. Oui j'ai vraiment aimé toute la séance aujourd'hui c'était très beau.
 2. Je suis un peu remuée mais ça va, je suis très heureuse d'avoir écouté ces merveilleuses musiques
 3. Non je ne suis pas fatiguée
 4. Non ce n'est pas difficile c'était naturel
 5. Oh oui bien sûr que j'ai apprécié c'était vraiment superbe, j'ai des souvenirs dans la tête. Ce sont des moments très agréables, mon mari était très gentil.
 6. Oui sans aucun doute, c'est toujours un plaisir les séances, on ne s'ennuie pas et ça me stimule bien la tête et le corps quand je danse, c'est bien.
 7. Oui je suis contente car j'ai pu m'exprimer comme je le voulais. J'aurais voulu continuer encore plus, je ne me rends pas compte que le temps passe aussi vite.
- Séparation en douceur avec Mme B.

II.2.3. Madame L

II.2.3.1. Anamnèse

Mme L présente un syndrome algique diffus, demandeuse d'investigation médicale, demande de façon répétitive des examens de tout ordre, se plaint fréquemment. Mme L a un comportement rebelle à tout traitement médicamenteux. Veuve depuis ses quarante-quatre ans. C'est une dame qui a vécu énormément d'échecs et de traumatismes durant sa vie. Passé d'adolescente anorexique durant deux ans. Elle a toujours souhaité devenir infirmière mais n'a jamais pu concrétiser son rêve à cause de difficultés récurrentes dans certaines disciplines. Mme L a travaillé trois ans dans un internat de religieuses en tant que monitrice. A été novice dans un couvent quelques mois avant d'apprendre que son père a eu un accident de la route ayant entraîné la mort du maire du village. Elle s'est alors réorientée, a travaillé dans trois collèges différents en tant que cuisinière durant quinze ans au bout desquels elle a fait un burn-out*. Elle a essayé durant dix ans d'avoir un enfant. Elle se décourageait mais a fini par avoir un fils soudainement après dix années d'épuisement psychologique. Elle a perdu son mari tragiquement lorsque son fils n'avait que huit ans. Sa maison n'était pas terminée lorsque son mari est décédé, elle a elle-même terminé sa maison. Mme L a une motricité fine limitée car ses doigts lui causent parfois des douleurs, elle a du mal à coller ou manipuler des petites choses dans ses doigts, n'aime pas se salir les mains. Elle aime jouer au tarot, adore l'écriture, la musique, et chanter et se promener dans la nature. Antécédents médicaux : accident vasculaire cérébral en 2005 et 2007, diabète non insulino-dépendant depuis 2017, discopathies et syndrome d'apnée du sommeil depuis 2017, arthrose diffuse depuis 2023, Antécédent Cardiaque : hypertension artérielle depuis 2017. Antécédents chirurgicaux : cholécystectomie depuis 2017, nodule thyroïdien depuis 2017, stripping bilatéral* depuis 2017.

Pathologies : elle présente des troubles dépressifs persistants et des troubles anxieux. Selon le DSM-5*, les symptômes dépressifs qui persistent ≥ 2 ans sans rémission sont classés comme troubles dépressifs persistants, une catégorie qui regroupe les troubles anciennement appelés troubles dépressifs majeurs chroniques et dysthymiques*. Elle est allergique à la pénicilline et à la clindamycine classe chimique. Les traitements :

| Famille du médicament | Médicament | Dose du médicament | Indication générale du médicament | Effets indésirables du médicament |
|-----------------------------------|--|--|--|---|
| Antihypertenseur | Aprovel 75mg | 1 comprimé à 8h | Hypertension | Douleurs articulaires, fatigue, maux de tête, |
| Collyre antiglaucomateux | Azopt 10mg/ml | Goutte à 8h et à 18h | Glaucome | Irritation oculaire, goût amer dans la bouche |
| Pansement Digestif | Bedelix, poudre pour suspension buvable sachet | Un sachet à 18h | Maux de ventre | Eruption cutanée, démangeaison, urticaire |
| Antidépresseur | Cymbalta 30mg | 1 comprimé à 18h | Episode dépressif persistant | Agitation, anxiété, vision floue, diarrhée, digestion difficile |
| Antidépresseur | Cymbalta 60 mg | 1 comprimé à 12h | Episode dépressif persistant | Agitation, anxiété, vision floue, diarrhée |
| Diurétique | Furosémide Biogaran 40mg | 1 comprimé à 8h | HTA | Déshydratation, hypotension orthostatique |
| Inhibiteur gastrique | Gaviscon, sachet de 10ml en solution buvable | 1 sachet à 8h, 12h et 18h | Brûlure gastrique | Constipation, nausées, diarrhée, |
| Anti-inflammatoire non stéroïdien | Ibuprofène 5% gel tube de 60g | Application du gel à 8h | Tendinite | Démangeaisons, rougeur de la peau |
| Antisécrétoire gastrique | Inexium 40mg | 1 comprimé à 18h | Douleurs intestines | Maux de tête, diarrhées, constipation |
| Antiallergique | Inorial 20mg | 1 comprimé à 18h | Démangeaison de la peau | Somnolence, Maux de tête, fatigue |
| Inhibiteur calcique | Isoptine L.P 240mg | 1 comprimé à 8h | HTA | Constipation, nausées, maux de tête |
| Anxiolytique | Lexomil 6mg | Une moitié d'un médicament au couché 0,5 | Anxiété | Somnolence, maux de tête, fatigue, faiblesse musculaire |

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Hypnotique | Lormétazépan Arrow 1mg | 1 comprimé à au couché | Insomnie | Fatigue, vision double, tachycardie |
| Antidépresseur | Lyrica 50mg | 1 comprimé à 8h, 12h, 18h | Dépression | Etourdissement, somnolence, maux de tête |
| Antidiabétique | Metformine EG 500mg | 1 comprimé à 18h | Diabète type 2 | Nausées, diarrhée, douleur abdominale |
| Collyre antiglaucomeux | Monoprost 50 microgrammes/ml | Gouttes à 18h | Glaucome | Gêne oculaire, inflammation de la paupière |
| Laxatif | Movicol sachet solution buvable | 2 sachets buvable à 8h | Constipation | Douleur abdominale, nausée |
| Antidépresseur | Norset 15mg | 1 comprimé à 18h | Dépression | Augmentation de l'appétit, maux de tête, fatigue |
| Antiagrégant plaquettaire | Plavix 75mg | 1 comprimé à 12h | Prévention récurrence des AVC* | Hématome, saignement de nez, diarrhée, contusion |
| Hypocholestérolémiant | Tahor 20mg | 1 comprimé à 18h | Excès de cholestérol et dire pourquoi | Constipation, ballonnement, digestion difficile |
| Hypnotique | Théralène 5mg | Une moitié d'un médicament au coucher 0,5 | Insomnie | Somnolence, tremblement, constipation, palpitations, vertige, démangeaisons |
| Association antalgique + opioïde | Zaldiar 37,5/375mg | 2 comprimés à 8h à 12h et à 18h | Douleurs | Nausées, somnolence, sensations vertigineuses |
| Vitamine D | Zymad | 1 ampoule chaque mois | Apport en vitamine D | Démangeaisons, gonflement |

II.2.3.2. Objectifs thérapeutiques

Les objectifs généraux : diminuer les troubles de l'anxiété et dépressifs. **Objectifs secondaires** : améliorer la capacité à se détendre. **Objectif de séance** : éviter de ruminer.

II.2.3.3. Séances d'art-thérapie

À la suite des huit séances réalisées nous présenterons uniquement les plus pertinentes, ayant dû nous limiter du fait du nombre de pages exigé. Nous présenterons six séances ci-dessous :

| | | | | |
|---|----------------|--------------|-----------|-----------------------|
| Séance 2 | Jeudi 09/11/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| Objectif de séance : éviter de ruminer | | |
| Titre de la séance : lignes et cercles colorés | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | |
| Proposition de séance | Sur feuille blanche A4* réaliser six lignes horizontalement en faisant des formes différentes : géométriques, hachures, lettres alphabétiques, symboles, autres, avec des feutres de couleurs différentes, | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Concentrée, créative, minutieuse, elle comprend la consigne et crée sans hésitation les lignes en réalisant ses propres formes, elle fait après trois cercles et refait des cercles dedans, et transfère ses formes réalisées dans les cercles de son choix. |
| | Milieu | N'a pas besoin d'aide pour créer ses symboles et formes diverses dans les cercles elle est souriante et créative. Elle ne se plaint pas de douleur. |
| | Fin | Mme L dit qu'elle est contente elle n'avait pas redessiné depuis longtemps. Elle est détendue et n'a pas vu l'heure passer. |
| 7 questions pour l'auto-évaluation de la séance | Réponses | |
| 1. Êtes-vous satisfaite de la séance ? | 1. Oui j'ai réussi à faire de belles choses ce n'est pas trop mal. | |
| 2. Comment vous sentez-vous ? | 2. Je me sens bien j'ai un peu mal au doigts mais ce n'est pas grave j'ai passé un bon moment. | |
| 3. Êtes-vous fatiguée ? | 3. Non je ne suis pas fatiguée | |
| 4. Êtes-vous satisfaite de votre réalisation ? | 4. Oui c'est joli ce que j'ai fait j'aime bien | |
| 5. Avez-vous apprécié les feutres que vous utilisés ? | 5. Oui ils sont agréables en mains et ils ont de belles couleurs. | |
| 6. Trouvez-vous du plaisir durant les séances d'art-thérapie ? | 6. Oui beaucoup, je n'ai pas vu le temps passer. | |
| 7. Etes-vous étonnée de votre réalisation aujourd'hui ? | 7. Oui car je ne pensais pas faire des choses comme ça, ça fait longtemps que je n'ai pas eu des feutres dans les mains. | |

| | | | | |
|---|--|--------------|-----------|--------------------------|
| Séance 4 | Jeudi 23/11/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |
| Objectif de séance : éviter de ruminer | | | | |
| Titre de la séance : cercles colorés | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Continuation des séances précédentes 2 et 3 et finalisation des cercles de couleurs sur feuille A4* aux feutres. | | | |

| | | |
|---|--|--|
| Emotion de début de séance | Joyeuse | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme L est spontanée, elle continue avec entrain ses cercles colorés. N'a pas besoin d'aide. |
| | Milieu | Au fur et à mesure elle fait des projections des cercles terminés, cela lui fait penser à des assiettes de faïence, des fleurs... |
| | Fin | Elle est satisfaite d'elle-même a voulu bien réussir ses cercles remplis, heureuse et rassurée de continuer sur le même concept sur plusieurs séances. |
| <p align="center">Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2)</p> <ol style="list-style-type: none"> Oui, c'est agréable de continuer et de pouvoir reprendre et terminer ce qu'on a réalisé la séance dernière. Je me sens bien Non je ne suis pas fatiguée Oui ça m'a rassuré de continuer sur les mêmes choses les séances suivantes, j'apprécie et souhaite continuer comme ça pour les prochaines. Oui ils ont de belles couleurs vives. Oui ça m'a fait du bien Oui c'est pas mal ce que j'ai fait c'est mieux que la fois dernière. | | |

| | | | | |
|---|----------------|--------------|-----------|-----------------------|
| Séance 5 | Jeudi 30/11/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Séance annulée : contexte Mme L est covid, isolement dans sa chambre | | | | |
| Séance 6 | Jeudi 07/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Séance annulée : contexte Mme L refuse la séance d'art-thérapie, elle n'est pas en forme après la sortie d'isolement dû au covid. | | | | |

| | | | | |
|---|---|-----------------|-----------|--------------------------|
| Séance 7 | Lundi 14/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |
| Objectif de séance : éviter de ruminer | | | | |
| Titre de la séance : composition florale | | | | |
| Technique artistique utilisée : art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Choisir une feuille A3* de couleur au choix, y découper les cercles terminés durant la séance 4. Placer les cercles où elle le souhaite sur la feuille A3*, composition de son propre | | | |

| | | |
|---|--|---|
| | bouquet de fleurs en terminant par dessiner des tiges aux feutres. | |
| Emotion de début de séance | Craintive (de ne pas réussir) | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Elle est un peu crispée. Mme L hésite et ne sait pas où placer ses cercles pour former son bouquet, besoin d'aide partielle pour la disposition de son bouquet de fleur, se débrouille seule pour le choix des couleurs pour la réalisation des tiges florales. |
| | Milieu | Mme L prend plaisir à composer et se détend au fur et à mesure, motivée par la suite elle est impliquée dans sa création. |
| | Fin | Mme L finit par valoriser son travail en souriant. Elle est contente d'avoir pu regrouper tout ce qu'elle a fait durant ses 3 dernières séances. |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui c'était bien 2. Je me sens mieux qu'au début de la séance. 3. Un peu mais ça va 4. Oui c'est très joli 5. Oui ça rassure de continuer sur le même concept 6. Oui, ça m'a détendue et fait du bien à la tête 7. Oui, cela est très joli cela m'étonne car je n'aurais pas pensé faire tout ça actuellement, je n'ai pas vu le temps passer encore une fois, c'est agréable. | | |

| | | | | |
|--|--|-----------------|-----------|--------------------------|
| Séance 10 | Jeudi 04/01/24 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |
| Objectif de séance : éviter de ruminer | | | | |
| Titre de la séance : mon histoire | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : atelier d'écriture thérapeutique et art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Choisir une feuille A3* de couleur. Construire des phrases simples, qui lui plaise, à partir de mots différents, poser sur la table devant elle, sur des petits rectangles pour venir les coller sur la feuille de couleur par la suite. | | | |
| Emotion de début de séance | Peur (stressée) | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | |
| Déroulement de la séance | Début | Son regard est perdu « Je m'inquiète tout le temps de ne pas bien faire » |
| | Milieu | Mme L réussit à choisir facilement une feuille rouge. Elle commence à réaliser quelques phrases avec amusement, se concentre de plus en plus, a besoin d'aide pour coller sur la feuille les mots écrits. Elle réalise six phrases au total. |
| | Fin | « Je suis tout le temps stressée mais je suis contente d'avoir réussi à faire des phrases qui me représentent ». |
| <p align="center">Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2)</p> <ol style="list-style-type: none"> Oui la séance m'a fait réfléchir et m'a fait travailler l'orthographe. Je me sens détendue je suis mieux. Non je ne suis pas fatiguée. Oui elles sont très sympathiques. Oui beaucoup ça fait travailler le cerveau, ça fait du bien. Oui beaucoup ça m'a fait du bien. Oui je ne pensais pas trouver tous les mots que je voulais, j'ai réussi à faire de belles phrases. | | |

| | | | | |
|--|--|---|-----------|--------------------------|
| Séance 11 | Lundi 04/12/24 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |
| Objectif de séance : éviter de ruminer | | | | |
| Titre de la séance : mon histoire (continuation) | | | | |
| Techniques artistiques utilisées : atelier d'écriture thérapeutique et art plastique | | | | |
| Proposition de séance | Construire des phrases simples, qui lui plaisent, à partir de mots différents, posés sur la table devant elle. | | | |
| Emotion de début de séance | Joyeuse | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme L est contente de faire une séance de plus sur la continuité, cela la rassure et lui plait. | | |

| | | |
|---|--------|--|
| | Milieu | Mme L compose 5 phrases, autonome sur le choix des mots qu'elle trouve et assemble. Besoin d'aide pour coller sur la feuille A3*. Elle est motivée, minutieuse, souriante. |
| | Fin | Elle est souriante face à son travail terminé. |
| Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui j'ai réussi à faire 15 phrases en 4 séances ! 2. Je me sens très bien, je suis contente de ce que j'ai pu mettre. 3. Non 4. Oui beaucoup j'ai parlé de tout dans mon histoire. 5. Oui beaucoup j'aime l'écriture et ça m'a plu énormément. 6. Oui beaucoup ça m'a fait du bien de mettre des mots sur ce que je ressens. 7. Oui beaucoup car je ne pensais pas faire un texte finalement. Il me ressemble c'est agréable de le lire. | | |

| | | | | |
|---|--|--|-----------|--------------------------|
| Séance 12 | Jeudi 04/12/23 | De 10h à 11h | Durée 1 h | Individuelle en salle |
| Objectif thérapeutique principal : diminuer les troubles dépressifs | | | | |
| Objectif thérapeutique secondaire : améliorer la capacité à se détendre | | | | |
| Objectif de séance : éviter de ruminer | | | | |
| Titre de la séance : lettre à moi-même | | | | |
| Technique artistique utilisée : atelier d'écriture thérapeutique | | | | |
| Proposition de séance | Exploration intime de nos pensées et sentiments les plus profonds. En écrivant à notre moi du passé, nous créons un espace de dialogue intérieur, où l'expression libre et sincère, cela peut apporter clarté et compréhension. | | | |
| Émotions du début de la séance | Peur, stress (de ne pas réussir) | | | |
| Rituel du début de séance | Exprimer ses émotions : à l'aide d'un anneau magique* qui tourne autour du poignet et du bras pour faciliter l'expression de son état d'être à l'instant T (angoisse, tristesse, peur, joie, colère et autres). Ancrage : revenir sur l'instant présent à l'aide d'exercices concernant la respiration profonde (gestion du stress et des émotions). | | | |
| Déroulement de la séance | Début | Mme L comprend la consigne elle aime la proposition mais dit qu'elle ne sait pas comment s'y prendre, qu'elle n'y arrivera pas. | | |
| | Milieu | Elle dicte timidement ce qu'elle a envie d'exprimer dans la lettre, je l'écris pour lui faciliter son expression, elle finit par sourire, elle est concentrée et rassurée. | | |
| | Fin | Mme L a fini par prendre plaisir à s'exprimer et poser les mots qui lui viennent où elle parle à son corps, son enfant intérieur, sa vie, ses souvenirs. Elle est fière d'elle et décide de garder la lettre et repart avec dans sa chambre. | | |

Réponses aux questions d'auto-évaluation (voir les questions séance 2)

1. Oui beaucoup pour une dernière séance.
2. Je me sens bien, un peu remuée quand même de tout ce que j'ai pu évacuer mais ça fait du bien, même si j'ai pleuré.
3. Je me sens bien, vidée, ça m'a remué la tête.
4. Oui beaucoup, j'ai mis beaucoup de choses à l'intérieur de ma lettre, ça fait du bien.
5. Oui ça change, ce n'est pas habituel de parler à soi-même ou d'écrire ce genre de lettre mais ça m'a plu, ça me fait travailler la mémoire et m'a fait du bien.
6. Oui, ça m'a fait du bien quand je l'ai relu
7. Oui, je n'aurais pas pensé réussir à écrire une lettre pour moi-même et décider surtout quoi mettre à l'intérieur mais ça s'est fait facilement même en pleurant. Je me sens soulagée d'avoir posé des mots sur ce que je ressens.

III. RESULTATS

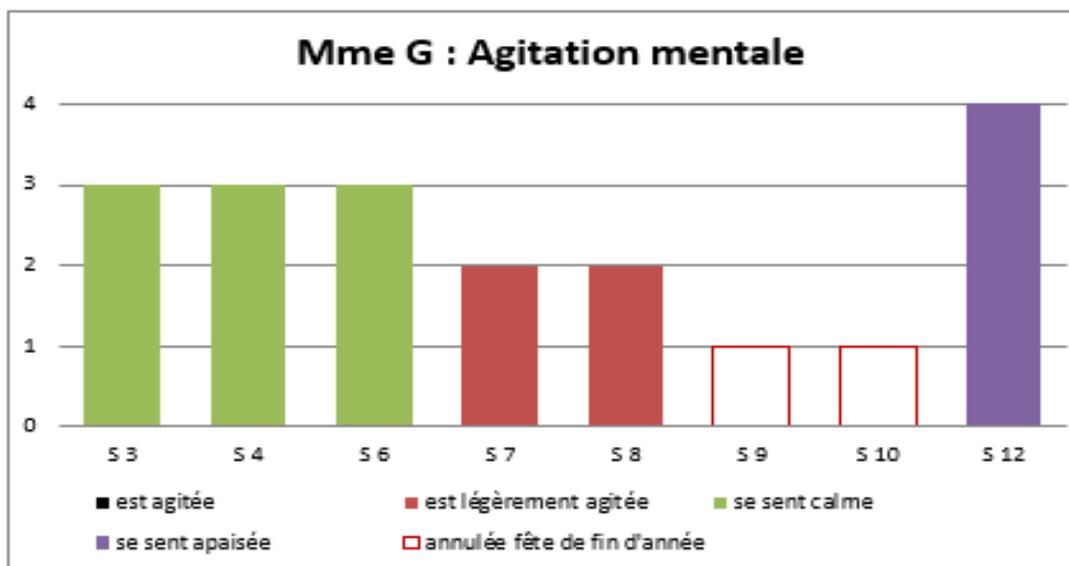
III.1. Résultats de l'étude de Mme G

III.1.1. Echelles scientifiques de Mme G

Nous avons sélectionné les échelles scientifiques de Hamilton annexe 1 page 67, qui ont été reformulées pour évaluer le taux d'anxiété. Nous avons répété le même processus pour l'échelle de Rosenberg annexe 2 page 71 qui évalue l'estime de soi puis l'échelle de MADRS* annexe 3 page 72 qui évalue la dépression chez la personne âgée. Ces échelles correspondent au profil de Mme G au vu de ses troubles cognitifs anxieux et dépressifs.

III.1.2. Items spécifiques personnalisés pour Mme G

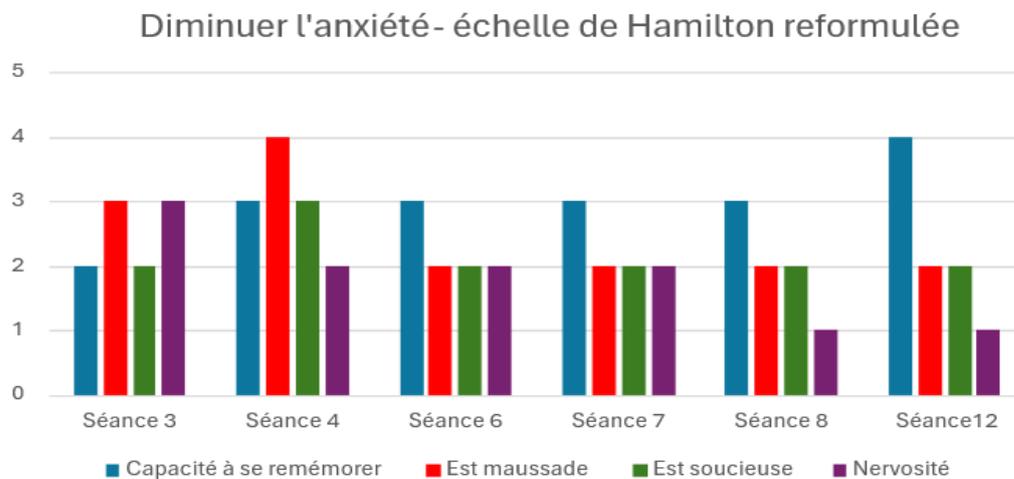
| | |
|------------------------------|---|
| Items de l'art-thérapie, | Agitation mentale |
| Troubles de l'anxiété | 1 Est agitée durant la séance, 2 Est légèrement agitée dans durant la séance, 3 Se sent apaisée durant la séance, 4 Se sent calme durant la séance. |

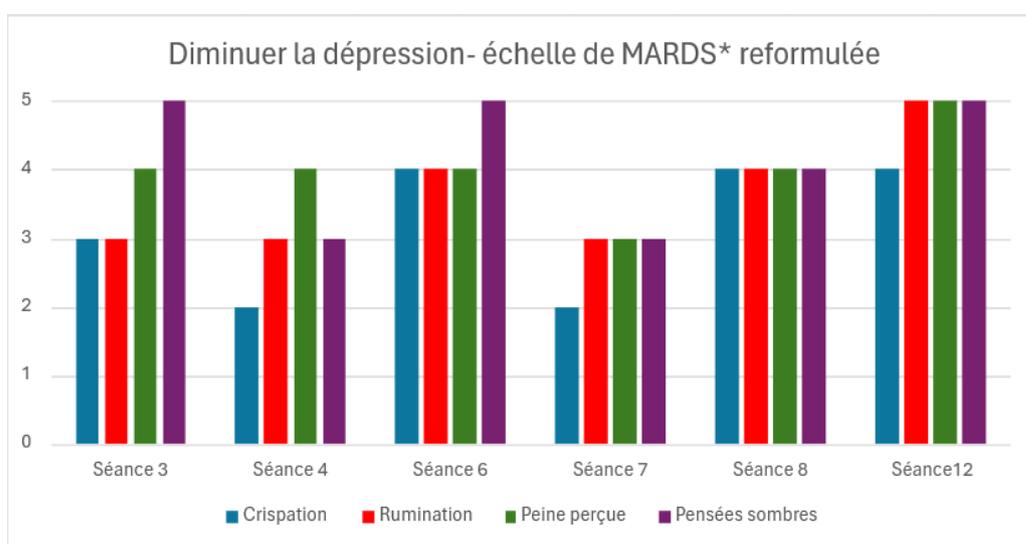
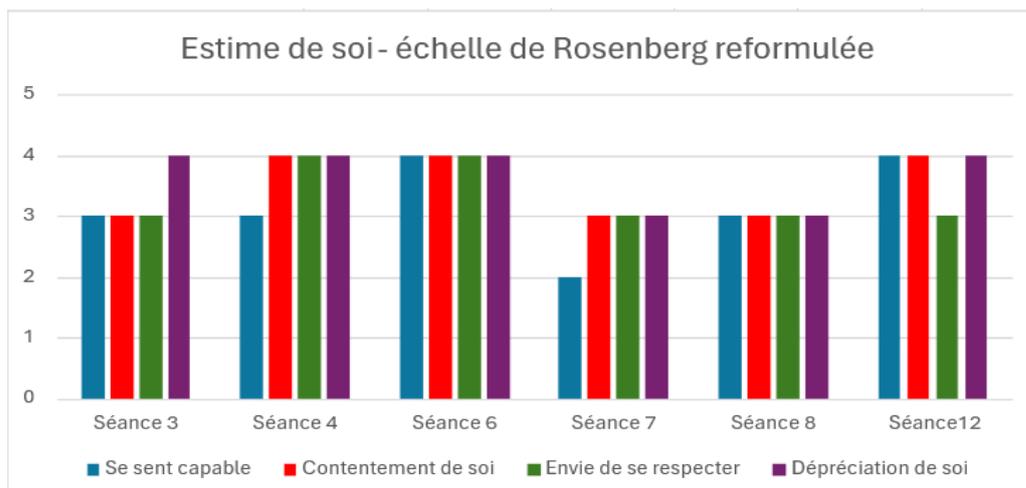


III.1.3. Grilles d'observations des séances de Mme G

| Diminuer l'anxiété - échelle de Hamilton reformulée | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Items | Séance 3 | Séance 4 | Séance 6 | Séance 7 | Séance 8 | Séance 12 |
| Capacité à se remémorer | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Est maussade | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Est soucieuse | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Nervosité | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Estime de soi – échelle de Rosenberg reformulée | | | | | | |
| Items | Séance 3 | Séance 4 | Séance 6 | Séance 7 | Séance 8 | Séance 12 |
| Se sent capable | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 |
| Contentement de soi | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Envie de se respecter | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Dépréciation de soi | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Diminuer la dépression- échelle de MADRS* reformulée | | | | | | |
| Items | Séance 3 | Séance 4 | Séance 6 | Séance 7 | Séance 8 | Séance 12 |
| Crispation | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 |
| Rumination | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 |
| Peine perçue | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 |
| Pensées sombres | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 |

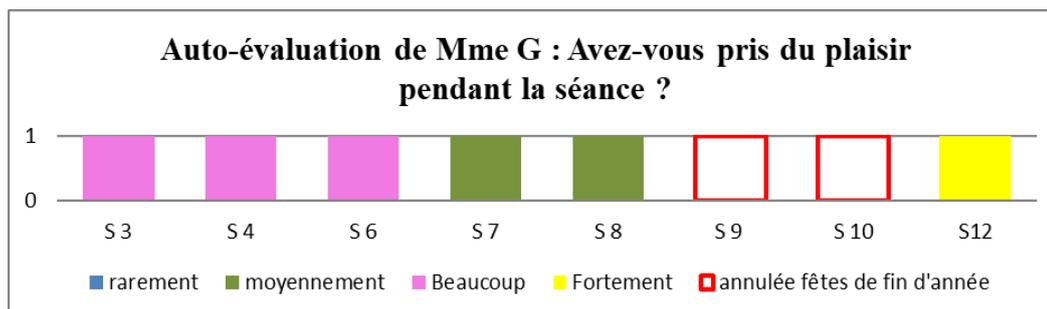
III.1.4. Bilan de madame G :





Au fil des séances, Mme G a pris de l'assurance et s'est trouvée en capacité de pouvoir faire des exercices qui lui ont permis une sollicitation active de sa mémoire. En cela, la prise en soin art-thérapeutique a montré des bénéfices non négligeables et qu'il aurait été bon de pouvoir continuer sur la durée. Globalement, cette étude montre que pour Mme G, nervosité et crispation s'atténuent significativement alors que sa capacité à se remémorer augmente sur la fin de la prise en soin. Un élément important pour Mme G, pour sa propre valorisation personnelle, fut qu'elle soit en capacité de marcher seule avec son déambulateur pour rejoindre l'atelier d'art-thérapie, un étage au-dessus de sa chambre, entraînant une réelle satisfaction chez elle.

III.1.5. Auto-évaluation de Mme G



Nous avons utilisé pour l'auto-évaluation une question à la fin de chaque séance « Avez-vous pris du plaisir durant la séance ? » cotée par une échelle d'intensité « 1 rarement, 2 moyennement, 3 beaucoup, 4 fortement ». Madame G réussit à exprimer des ressentis de plus en plus facilement au cours des séances. Au fur et à mesure que la prise en soin avançait, Mme G réussissait vraiment à exprimer des émotions et des sentiments marqués (sourires, etc.), nous permettant de constater une nette amélioration, notamment dans sa capacité à se détendre.

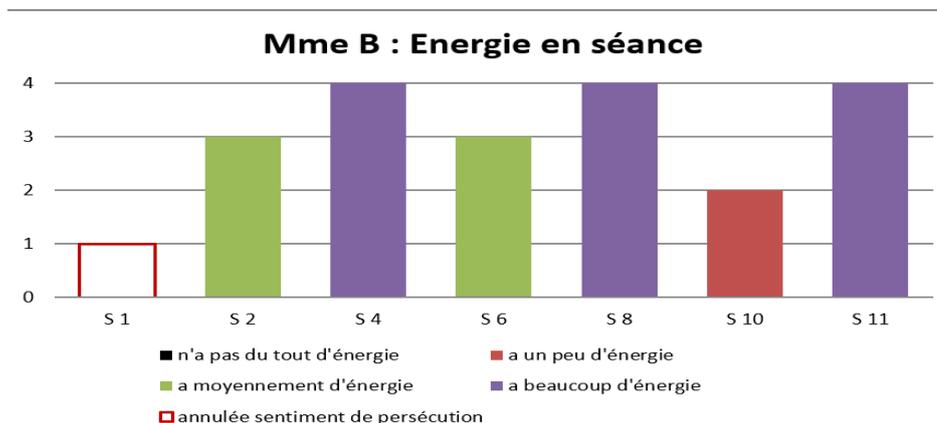
III.2. Résultats de l'étude de Mme B

III.2.1. Echelles scientifiques de Mme B

Nous avons sélectionné les échelles scientifiques de Hamilton annexe 1 page 67, qui ont été reformulées pour évaluer le taux d'anxiété. Nous avons répété le même processus pour l'échelle de Rosenberg annexe 2 page 71 qui évalue l'estime de soi puis l'échelle de MADRS* annexe 3 page 72 qui évalue la dépression chez la personne âgée. Ces échelles correspondent au profil de Mme B au vu de ses troubles cognitifs anxieux et dépressifs.

III.2.2. Items spécifiques personnalisés de Mme B

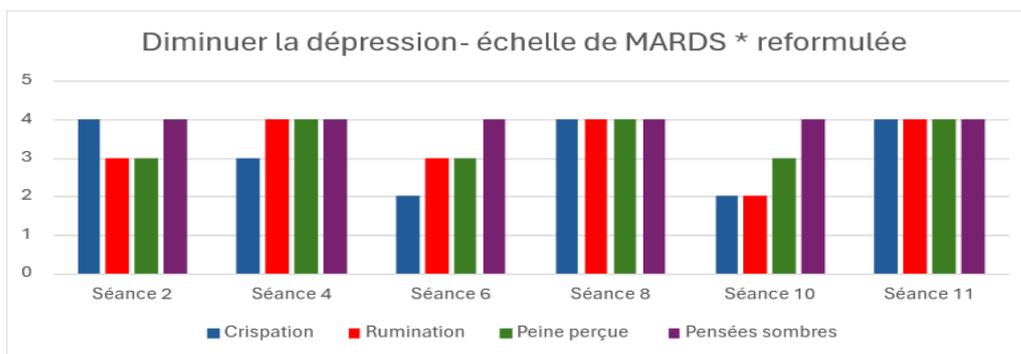
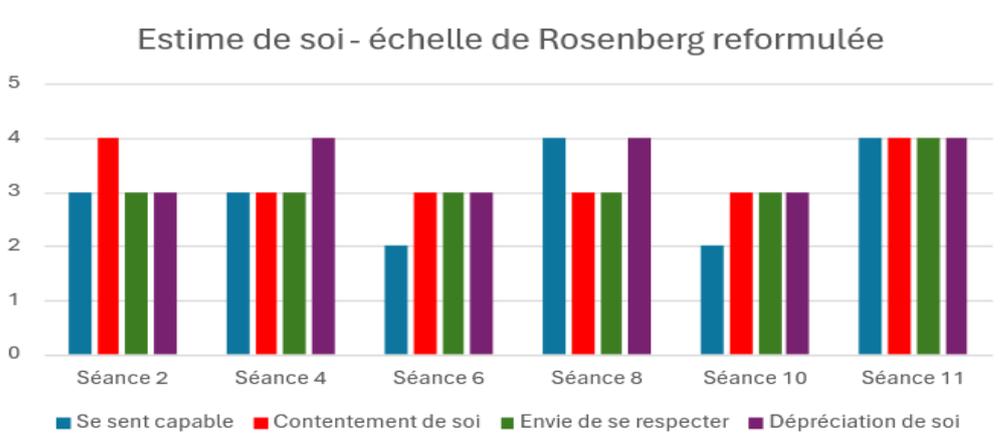
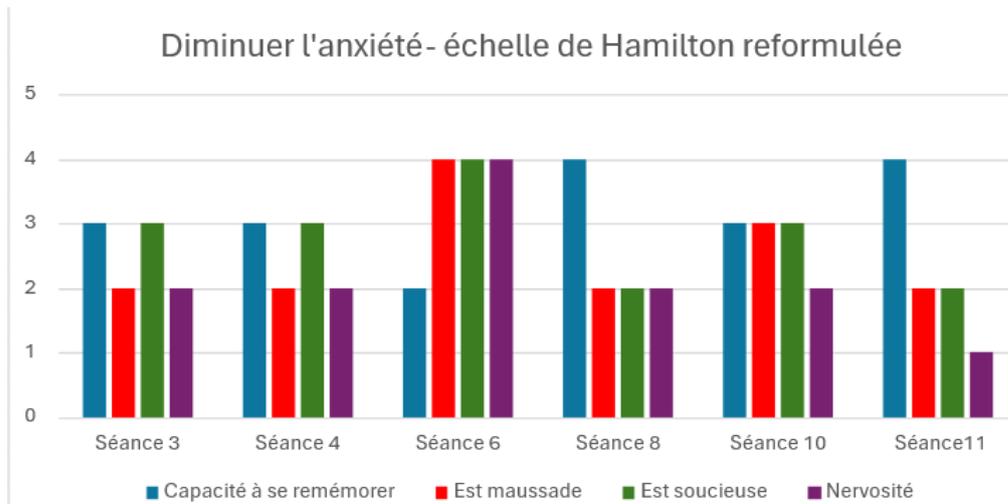
| | |
|--|---|
| Items de l'art-thérapie, Troubles dépressifs | Energie durant la séance |
| | 1 N'a pas du tout d'énergie durant la séance, 2 A un peu d'énergie dans la séance, 3 A moyennement d'énergie durant la séance, 4 A beaucoup d'énergie durant la séance. |



III.2.3. Grilles d'observations des séances de Mme B

| Diminuer l'anxiété - échelle de Hamilton reformulée | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Items | Séance 2 | Séance 4 | Séance 6 | Séance 8 | Séance 10 | Séance 11 |
| Capacité à se remémorer | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| Est maussade | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 |
| Est soucieuse | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 |
| Nervosité | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Estime de soi – échelle de Rosenberg reformulée | | | | | | |
| Items | Séance 2 | Séance 4 | Séance 6 | Séance 8 | Séance 10 | Séance 11 |
| Se sent capable | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| Contentement de soi | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Envie de se respecter | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Dépréciation de soi | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Diminuer la dépression échelle MADRS* reformulée | | | | | | |
| Items | Séance 3 | Séance 4 | Séance 6 | Séance 8 | Séance 10 | Séance 11 |
| Crispation | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| Rumination | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 |
| Peine perçue | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Pensées sombres | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

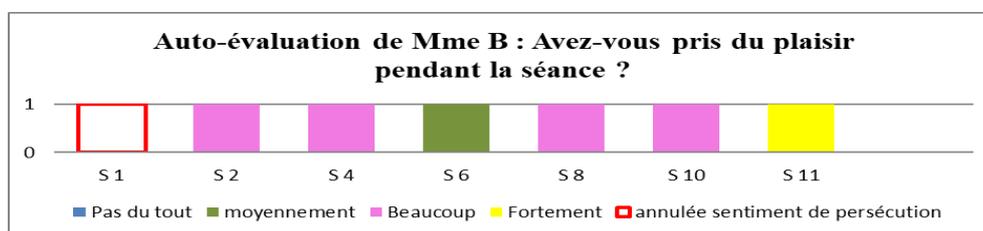
III.2.4. Bilan de Mme B



Le suivi en art-thérapie de Mme B prévoyait 12 séances mais seulement 11 ont pu aboutir car la patiente a refusé de prendre part à la première séance. Mme B était alors plongée dans un profond sentiment de persécution. Son bilan, au terme de ces 11 séances d'art-thérapie, démontre clairement qu'un accompagnement sur un long terme et régulier pourrait permettre une nette amélioration de l'état psychique de Mme B.

Ainsi avons-nous pu constater, au fil des séances, que les troubles dépressifs et anxieux dont elle est atteinte ont commencé à diminuer lentement. Globalement Mme B semble avoir gagné en estime d'elle-même avec notamment une hausse du contentement de soi durant la séance et une envie plus forte de se respecter. En parallèle nous avons noté, sur la fin de la prise en soin, une diminution nette de la propension qu'a Mme B à ruminer des pensées sombres. L'écoute de musiques en séance a beaucoup permis à Mme B de faire travailler sa mémoire et d'éprouver du plaisir. Et donc, nous pensons qu'une prise en soin art-thérapeutique plus axée sur ce média-là pourrait vraiment lui être bénéfique.

III.2.5. Auto-évaluation de Madame B



Nous avons utilisé pour l'auto-évaluation une question à la fin de chaque séance : « Avez-vous pris du plaisir durant la séance ? » cotée par une échelle d'intensité « 1 rarement, 2 moyennement, 3 beaucoup, 4 fortement ». Madame B a globalement réussi à exprimer beaucoup de plaisir durant les séances et avec l'affermissement de l'alliance thérapeutique et de la confiance qui s'installait peu à peu entre soignante et soignée.

III.3. Résultats de l'étude de Mme L

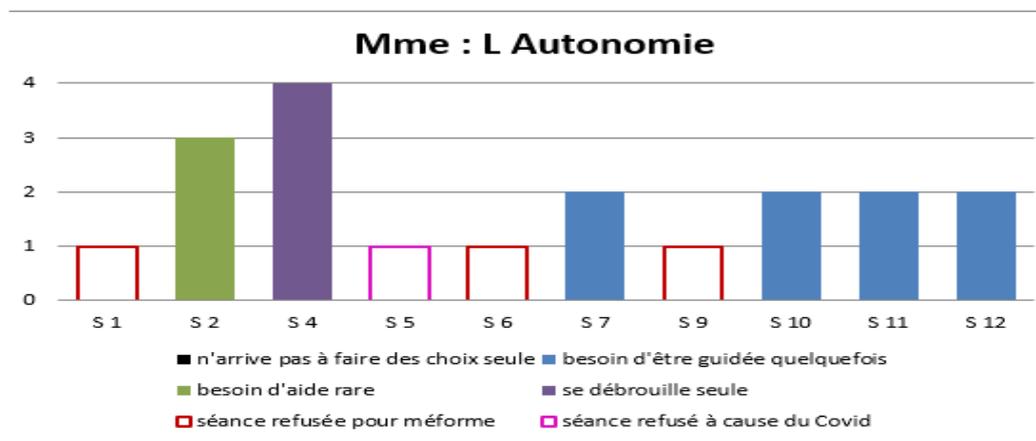
III.3.1. Echelles scientifiques de Mme L

Nous avons sélectionné les échelles scientifiques de Hamilton annexe 1 page 67, qui ont été reformulées pour évaluer le taux d'anxiété. Nous avons répété le même processus pour l'échelle de Rosenberg annexe 2 page 71 qui évalue l'estime de soi puis l'échelle de MADRS* annexe 3 page 72 qui évalue la dépression chez la personne âgée. Ces échelles correspondent au profil de Mme L au vu de ses troubles cognitifs anxieux et dépressifs.

III.3.2. Items spécifiques personnalisés de Mme L

| | |
|--|--|
| Items de l'art-thérapie, Troubles de l'anxiété | Autonomie |
| | 1 N'arrive pas à faire des choix seule |

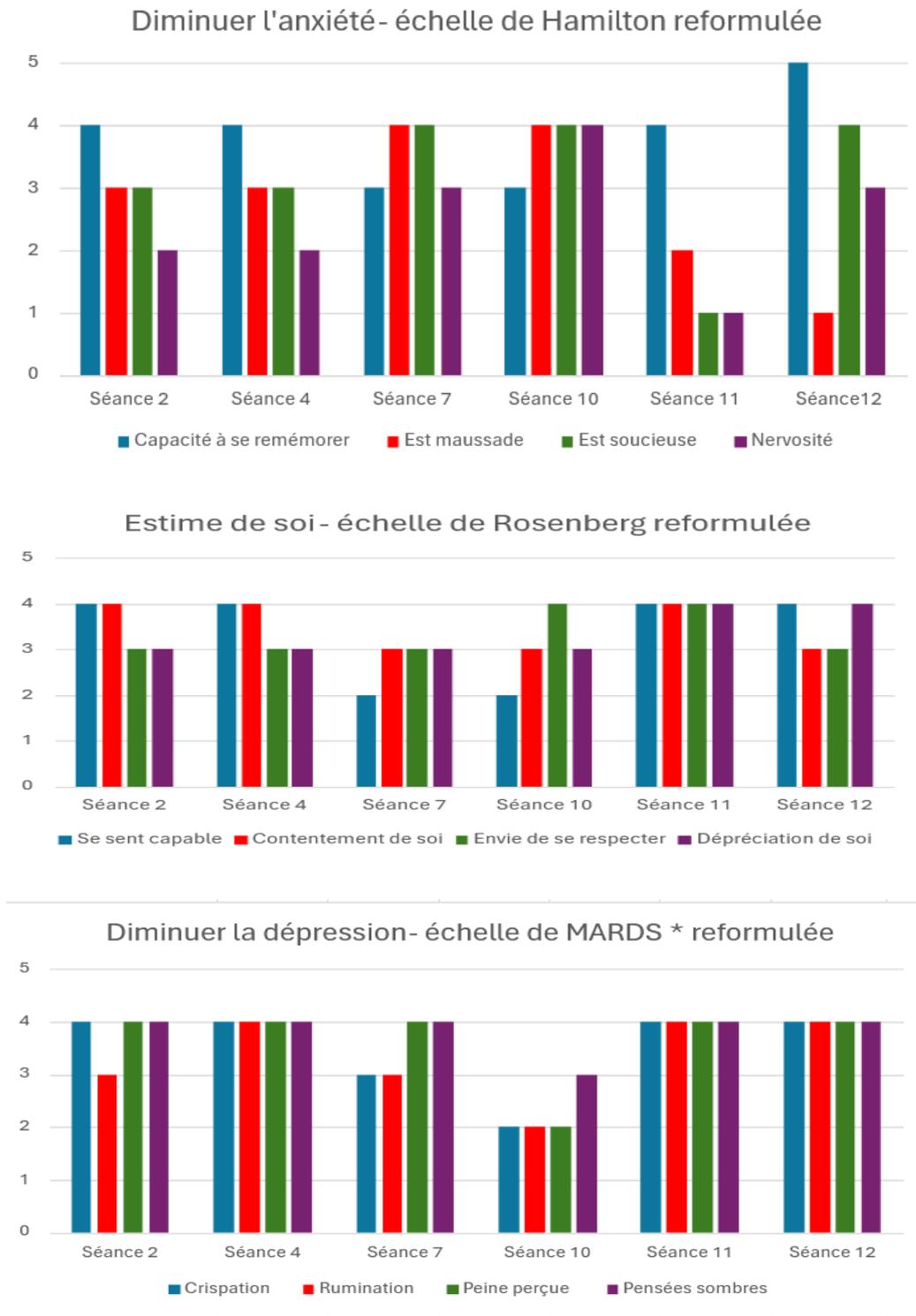
| | |
|--|---|
| | 2 A rarement besoin de l'aide de l'art-thérapeute dans la séance, 3 Besoin d'être guidée quelques fois, 4 Se débrouille seule |
|--|---|



III.3.3. Grilles d'observation des séances

| Diminuer l'anxiété - échelle de Hamilton reformulée | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Items | Séance 2 | Séance 4 | Séance 7 | Séance 10 | Séance 11 | Séance 12 |
| Capacité à se remémorer | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| Est maussade | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| Est soucieuse | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 |
| Nervosité | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 |
| Estime de soi – échelle de Rosenberg reformulée | | | | | | |
| Items | Séance 2 | Séance 4 | Séance 7 | Séance 10 | Séance 11 | Séance 12 |
| Se sent capable | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Contentement de soi | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Envie de se respecter | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Dépréciation de soi | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Diminuer la dépression échelle MADRS* reformulée | | | | | | |
| Items | Séance 2 | Séance 4 | Séance 7 | Séance 10 | Séance 11 | Séance 12 |
| Crispation | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 |
| Rumination | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 |
| Peine perçue | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 |
| Pensées sombres | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 |

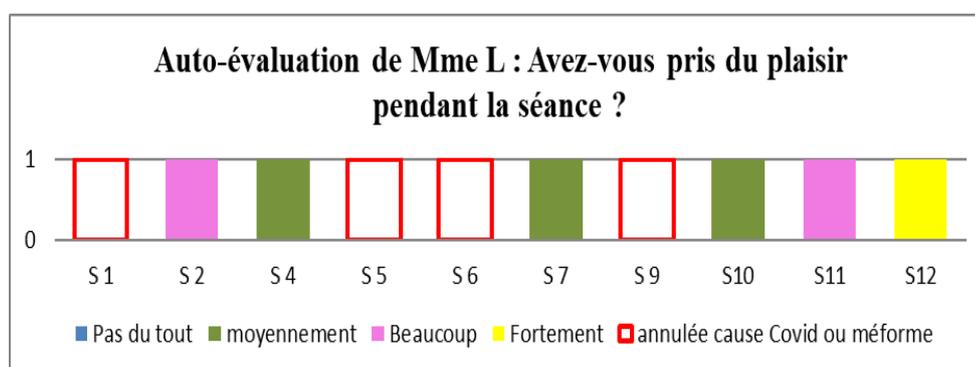
III.3.4. Bilan de Mme L



Le suivi en art-thérapie de Mme L prévoyait 12 séances mais seulement 8 ont pu aboutir pour des raisons diverses : notamment un confinement dû à la Covid 19 ainsi que des refus à répétition.

Mme L n'était vraiment pas en forme certains jours, au point qu'elle refusait de participer aux séances d'art-thérapie. Son bilan mitigé par rapport aux objectifs de départ résulte d'un accompagnement relativement court et surtout très irrégulier. Pour autant, sur la toute fin de la prise en soin, nous avons pu constater que ses troubles dépressifs ont commencé à diminuer de façon significative. Mme L globalement se sent moins triste et rumine moins de pensées négatives sur les dernières séances. Elle aussi est une patiente très sensible à la musique et c'est ce média-là, plus particulièrement, qui lui aura permis de réaliser ses plus beaux « lâcher prises émotionnels », la musique ravivant des souvenirs enfouis qui, par instant, sublimait le présent et les conditions de vie difficiles de la patiente.

III.3.5. Auto-évaluation de Madame L



Nous avons utilisé pour l'auto-évaluation une question à la fin de chaque séance : « Avez-vous pris du plaisir durant la séance ? » cotée par une échelle d'intensité « 1 rarement, 2 moyennement, 3 beaucoup, 4 fortement ». Malgré les difficultés de santé de Mme L et l'annulation des séances 1, 5, 6 et 9, la patiente a continué de venir avec envie et a tiré profit des séances d'art-thérapie pour améliorer sensiblement son état d'esprit. De ce fait, elle était moins sujette aux ruminations et surtout au sentiment de persécution dont elle est souvent affectée.

IV. DISCUSSION

IV.1. Apports et bénéfices de l'étude

Nous appuyons notre étude sur les résultats obtenus des 3 échelles scientifiques reformulées ci-dessous : Hamilton pour évaluer l'anxiété page 67, Rosenberg pour l'estime de soi page 71 puis de l'échelle MADRS* pour la diminution de la dépression page 72. Nous avons également trois items personnalisés, un pour chacune des résidentes : pour Mme G nous évaluons l'agitation mentale en séance, pour Mme B l'énergie en séance et pour Mme L l'autonomie en séance. Nous avons personnalisé des questions en nous plaçant en situation professionnelle, comme un art-thérapeute. Les items personnalisés sont basés sur les difficultés rencontrées par les patientes, les objectifs généraux et intermédiaires définis en fonction de chaque patiente (anamnèse, pathologie).

IV.2. Limites de l'étude

Nous pourrions mettre en place d'autres types de cotations impliquant l'équipe pluridisciplinaire, notamment par rapport aux prises d'antalgiques et médicamenteuses avant et après les séances. La demande des patientes est à entendre. Mme G aurait souhaité que les séances continuent. Elle éprouvait un grand plaisir à venir en séance d'art-thérapie. Un suivi plus long aurait-il permis d'atténuer les troubles de l'anxiété et/ou dépressifs ? L'apaisement en séance reste fragile malgré son évolution au niveau de son estime d'elle-même.

IV.3. Regard critique sur l'étude

La difficulté d'un public à l'attention fragile : n'étant pas habitué à un public âgé et handicapé comme celui de l'EHPAD* Cournot Changey, il nous a été difficile dans un premier temps de nous acclimater aux difficultés qu'éprouvent les patients dans leurs quotidiens et encore plus lorsqu'il s'agit de réaliser des créations artistiques quand bien même elles se trouvent guidées en cela par l'art-thérapeute en devenir que nous sommes. L'idée étant très vite, dans notre prise en soin, de nous adapter au plus juste aux capacités ténues de nos patients, n'offrant finalement que peu d'options au thérapeute pour l'aider à créer par lui-même. Et demandant, pour cela, une recherche et une certaine adaptabilité à des conditions pas toujours évidentes à dépasser. Une fois prise en considération la réalité des difficultés psychiques et physiques de nos patients, nous pouvons alors proposer lors de nos séances des exercices qui puissent être à la fois accessibles et, pour autant qui nécessitent une certaine concentration de la part des patientes.

Un juste dosage et équilibre entre ce qui est possible de faire et ce qui est intéressant à faire du point de vue de la prise en soin, pour que celle-ci devienne efficiente et serve à atteindre les objectifs attendus. Plusieurs séances nous ont été ainsi nécessaires avant de pouvoir calibrer au mieux notre intervention auprès de ce public si particulier, à la fois curieux de nos propositions d'exercices et limité, en énergie et en temps, pour s'investir d'avantage dans des pratiques et propositions artistiques, quelles qu'elles soient. D'autant plus que les problématiques cognitives de nos patients altèrent leurs capacités à se concentrer longtemps et il faut faire preuve d'une certaine ingéniosité pour garder entière une certaine attention, condition sine qua non à la possibilité de l'acte de créer. Souvent, durant les séances, nous avons été obligés de moduler nos exercices afin de garder vive, le plus possible, l'attention et la vigilance des patientes, passant d'un exercice d'écriture à un autre de « toucher » puis à un exercice d'écoute de musique à vocation de susciter des souvenirs et de raviver des mémoires. Ce afin de toujours viser à remobiliser une attention globalement déficiente. L'alliance thérapeutique commence dès le premier entretien, elle permet une complicité entre confiance et confidentialité renforçant le sentiment d'intérêt des résidentes, d'où la nécessité d'instaurer une relation de confiance. Elles se sentent écoutées, valorisées, délivrant de cette façon les confidences à prendre en considération pour adapter la prise en charge. Là où le médium artistique thérapeutique peut trouver des limites à la libération, la relation thérapeutique permet d'autres accès. Les séances apportent parfois de la fatigue intellectuelle et physique par la mobilisation du corps puisqu'il faut se concentrer, conceptualiser.... Pendant les séances où la musique est utilisée, nous notons des stimulations sensorielles immédiates. Par exemple, nous aurions pu utiliser de manière plus récurrente la musique ou encore la musicothérapie dans l'accompagnement de Mme B, car ce médium artistique semblait agir rapidement et stimuler d'autres mémoires que le toucher atteint de manière plus modérée. Globalement, les pathologies cognitives dont sont atteintes les patientes n'aident pas non plus à l'alliance thérapeutique et d'une séance à une autre, tous les progrès rencontrés jusque-là semblent soudainement s'être totalement effacés. L'apport de la musicothérapie que nous avons utilisée lors de nos prises en soin individuelles ainsi qu'en cocréation avec la musicothérapeute MILLET Caroline, apporte un bienfait évident aux problématiques cognitives anxieuses et/ou dépressives. Les instants où les patientes s'abandonnent à une écoute active ou lorsqu'elles sont invitées à prendre part et participent à la cacophonie ambiante, leur redonnent parfois un sourire radieux et large qui fait partie de ces moments magiques que nous avons eu la chance de vivre auprès d'elles.

Nombreux et répétés, les efforts doivent être nourris et attentionnés pour que des résultats tangibles soient observables auprès de nos patientes. Mais progrès il y a. Et c'est bien là l'essentiel. Une chose est sûre pour nous : lors de ces treize semaines de prise en soin, l'art-thérapie, avec ce public, a bien des choses à apporter et les résultats sont palpables et évidents, aussi bien durant la séance, qu'au regard des évaluations cotées dans nos grilles d'observations que nous remplissons systématiquement au sortir de nos ateliers. Nous avons rencontré quelques difficultés à orchestrer des séances d'art-thérapie au sein d'un EHPAD* : les troubles anxieux chez les personnes âgées ont pour conséquences divers symptômes qui peuvent être d'ordres affectifs, physiologiques, comportementaux et cognitifs. Ces derniers peuvent prédisposer à un comportement de repli sur soi qu'il nous faut accompagner pour en contrer les effets délétères. Nous avons choisi dans cette étude un accompagnement en séances individuelles selon le temps dont nous pouvions disposer par rapport aux résidentes de l'EHPAD* Cournot- Changey, qui, comme dans tous les EHPAD* de France et de Navarre ont un planning plutôt strict avec des impératifs liés à une vie en communauté et médicalisée : heures des repas, des siestes, des visites, des soins et médications, des toilettes, des changes, des examens prévus, etc. C'est donc en étroite coordination avec les équipes pluridisciplinaires soignantes que nous avons composé pour réussir à proposer une prise en soin cohérente et structurée en accord avec leur quotidien. Parfois, nous avons également eu le sentiment d'un profond désarroi ou abandon car les collègues, en sursystème continu et en manque global de personnel pour réaliser toutes les tâches induites par une vie en EHPAD*, n'avaient tout simplement pas de temps à nous accorder. Nous sentions alors une certaine détresse, urgence ou envie de faire d'une autre manière qui émanait de ce personnel soignant en état de quasi asphyxie permanente et qui faisait, nous l'avons vu à de nombreuses reprises durant ce stage, tout ce qu'il pouvait pour pallier les manques abyssaux en termes de main d'œuvre.

Pendant l'accompagnement, lorsque nous venions chercher Mme G tous les lundi matin dans sa chambre pour ensuite rejoindre la salle dédiée à notre atelier d'art-thérapie, cette dernière était quelques fois paniquée, précisément pour des raisons d'organisation. Nous sentions assez régulièrement que la pression des équipes en charge du soin, du ménage et des tâches diverses pouvait impacter et même réhausser les problématiques cognitives de nos patientes. Par exemple, nous avons pu le constater avec Mme B qui a tendance à prendre beaucoup plus de temps que la moyenne pour se préparer car elle n'a que très peu de repères spatio-temporels, étant atteinte de cécité, et qui donnait clairement l'impression de ressentir l'impatience du

personnel médical ou paramédical et s'en offusquait régulièrement en grommelant et parfois même en injuriant en sourdine. A ces effets délétères sous-jacents au manque de personnel de la structure, nous réagissions essentiellement en rassurant oralement les patientes, ce qui avait généralement un effet positif. Une fois tranquilisées et réassurées par nos paroles bienveillantes et une attention soutenue, nous pouvions envisager un déroulement de séance plus serein. L'intérêt des séances collectives : si nos séances individuelles ont sur l'ensemble réussi à démontrer leurs actions positives sur les troubles cognitifs anxieux et/ou dépressifs de nos patientes, les séances collectives nous ont semblé également bénéfiques. Il nous a semblé que ces séances collectives permettaient de libérer autrement les expressions pour les résidentes, avec un effet accru lié à l'effet de groupe, notamment les quelques séances de musicothérapie en cocréation avec Mme Millet Caroline, intervenante dans l'EHPAD*, à la fois musicienne, infirmière et musicothérapeute. Nous étions également aidées par deux aides-soignantes spécialisées. C'est ainsi qu'au sein du groupe de onze patientes participant à ces ateliers de musicothérapie, figuraient deux de nos patientes, mesdames G et B, choisies pour illustrer ce mémoire. Nous avons pu les suivre lors de ces séances de façon plus méthodique, en lien avec ce que nous connaissions d'elles en accompagnement individuel. Cette double lecture de prise en soin individuelle et collective aura permis d'affiner certaines de nos observations et d'affirmer certains de nos choix en termes, par exemple, d'exercices proposés ou de modalités d'interventions.

IV.4. Comparaison avec d'autres travaux

L'étude réalisée par Marie Laure Chauvellier dans son mémoire de DU soutenu à l'université de Poitiers en 2017 : « *Les effets de l'art-thérapie, par les techniques des arts plastiques et de la musique, sur les troubles dépressifs et/ou anxieux de la personne âgée en établissement pour personne âgée dépendante* », nous paraît fort intéressante d'un point de vue comparatif car, en ayant des patients avec des pathologies similaires (sur le papier en tout cas), nous avons réussi, grâce à un nombre plus conséquent de séances réalisées, à obtenir des résultats qui nous semblent, au regard des évaluations, plus probants. Ce qui tend à souligner l'importance d'une prise en soin continue et la plus longue et régulière possible. Ce qui a été mis en évidence d'ailleurs dans notre étude avec le cas de Mme L, moins continu, avec beaucoup d'absence, qui amène à des résultats là aussi moins probants.

Ainsi, si Marie-Laure Chevallier avait pu, dans son contexte, proposer plus de séances à ses patients, nul doute que notre collègue aurait obtenu des résultats similaires à ceux de notre étude. A ceci près, évidemment, que chaque prise en soin est unique et singulière et que la comparaison avec des études précédentes n'est jamais aisée du fait qu'également les conditions de l'étude diffèrent géographiquement et contextuellement. Dans un cas comme dans l'autre, ce qui paraît évident et essentiel est que le résident est au centre du projet et que pour améliorer sa qualité de vie, il faut impérativement tenir compte des spécificités de chaque résident (leur rythme de vie, leur passé, leurs contraintes, les pathologies dont ils souffrent, etc.) ainsi que de la spécificité de chaque EHPAD* et de leurs équipes soignantes.

IV.5. Les évolutions possibles après cette étude

Nous avons découvert un public fragile mais ô combien attachant durant cette prise en soin. Nous avons également découvert la réalité du monde des EHPAD* et de leurs difficultés récurrentes inhérentes essentiellement au fait que le personnel soignant n'est pas assez nombreux à s'occuper d'un nombre trop conséquent de patients. En effet, cela occasionne des problèmes qui se retrouvent selon nous à tous les niveaux jusqu'à la dégradation d'états psychiques chez les personnes âgées dépendantes, déjà altérés par des pathologies diverses. Nous constatons que ces difficultés et ces petites pressions quotidiennes mises indirectement sur les patientes, et que nous ressentions pour nous-même, sont véritablement difficilement conciliables avec une prise en soin art-thérapeutique et son cadre très enveloppant. Elles sont contre-nature et pas vraiment anodines, car redondantes, récurrentes et ont des conséquences visibles et ressenties au niveau des patientes. Sans aller jusqu'à parler de mauvais traitements, car tous les personnels soignants de l'établissement que nous avons croisés étaient véritablement de belles personnes qui faisaient « avec les moyens du bord », comme nous confiera l'un d'entre eux en haussant les yeux au ciel. Et de ce constat, il résulte que nous réfléchissons à mieux réussir à affirmer un cadre dans notre pratique et peut-être à réussir à poser des conditions de prise en soin optimales, en tout cas qui correspondent à nos choix de thérapeute. Mais cela est-il possible dans un EHPAD* ?

IV.6. Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie

La mise en place d'un cadre est absolument fondamentale, et cela à tous les niveaux. Et il est essentiel pour l'art-thérapeute d'être souple dans sa pratique pour pouvoir s'adapter au mieux aux situations fluctuantes qui peuvent se présenter.

Le cadre thérapeutique, défini au préalable, doit permettre d'instaurer une alliance thérapeutique, qui repose en partie sur les capacités relationnelles de l'art-thérapeute, qu'il s'agisse de la relation entre soignant et soigné mais également de la relation entre le soignant et la structure d'accueil des ateliers d'art-thérapie, quelle qu'elle soit. En EHPAD*, ce cadre garantit que le processus de transformation et d'amélioration de l'état des résidentes peut se dérouler de façon optimale. Le cadre doit être adapté aux techniques choisies lors des séances. Il doit être mis en place en tenant compte des contraintes extérieures et de l'environnement. Il est important de le présenter aux patientes et il est tout aussi important de le présenter et de le faire comprendre aux personnels soignants, aux équipes en place dans la structure et aux dirigeants. Il est donc indispensable pour l'art-thérapeute de « construire son cadre », avant même de recevoir son patient en séance, avant même que ne commencent les accompagnements. Et c'est un travail qui est d'autant plus essentiel lorsque nous choisissons de pratiquer l'art-thérapie dans une institution médicalisée comme un EHPAD* qui a ses contraintes et réalités propres et qu'il faut réussir à concilier avec notre propre conception de la pratique thérapeutique. Mais pas à n'importe quel prix.

Une chose est sûre, l'art-thérapie en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes souffrant de troubles cognitifs, anxieux et/ou dépressifs a toute sa place quand nous sommes en mesure de quantifier, grâce aux items et objectifs choisis, l'amélioration significative des problématiques de santé de nos patients. La discipline est méconnue dans certains EHPAD*, notamment en milieu rural. Et l'adaptation et l'acceptation en souffrent pour l'art-thérapeute. Les relations sont d'autant plus compliquées que le temps imparti au personnel soignant pour des échanges est limité. Nous connaissons la charge de travail du personnel soignant. Dans l'établissement, durant les matinées, c'est presque exclusivement par les transmissions écrites journalières que l'art-thérapeute peut donner à apprécier les résultats des séances ainsi que des comptes rendus de chaque séance passée avec la psychologue qui nous suit.

L'art-thérapeute participe en effet à quelques transmissions orales mais n'a que peu la parole dans la semaine. Sa place au sein de l'équipe en place reste donc fragile et soumise à caution. La mise en place d'un cadre est absolument fondamentale. Il est essentiel d'être souple pour pouvoir s'adapter aux situations qui peuvent varier à tout moment. Le cadre repose sur trois notions : le lieu, le temps et l'espace. Le lieu peut être une pièce, une chambre, un coin salon.

Ce lieu n'est pas forcément réservé aux séances d'art-thérapie. Le temps doit s'adapter à toutes les contraintes de vie des personnes âgées en EHPAD*. L'espace doit répondre à tous les besoins du patient mais aussi de l'art-thérapeute comme : toilettes, luminosité, point d'eau, mobilier adapté.

IV. 7. Discussion de la posture soignante en tant que futur art-thérapeute

Une fois diplômée, nous pourrions envisager de proposer nos services en EHPAD* mais pas à n'importe quelles conditions. Car une prise en soin art-thérapeutique nécessite un cadre bienveillant, ferme et souple à la fois, dans lequel vont pouvoir évoluer nos patients avec le sentiment d'y être en sécurité, écoutés dans toute leur humanité. La tenue de ce cadre est-il possible en EHPAD* où le manque criant de personnel oblige les soignants à aller plus vite que la musique ? Au point parfois d'en être dénaturant pour la fonction même de soignant qui est d'aider la personne en difficulté, véritablement, sans la bousculer et en respectant cet âge si avancé, ses rythmes si spécifiques et toutes les difficultés que cela engendre comme quand cela est couplé avec une pathologie cognitive anxieuse et/ou dépressive.

Nous pourrions tout aussi bien imaginer rejoindre un cadre comme celui que nous avons connu lors du stage d'année préparatoire au DU (Foyer du Chemin Neuf, haut-saônois pour la sauvegarde de l'enfance à l'adulte). Et nous sommes ouvert à toute expérience susceptible de nous faire évoluer dans notre pratique car nous savons qu'avec l'addition des expériences viendra l'assurance d'une pratique art-thérapeutique plus lucide et plus à même d'obtenir les meilleurs résultats. Nous sommes conscients que le chemin est encore long avant d'atteindre à une certaine plénitude dans notre pratique et qu'il nous faudra pratiquer et expérimenter encore pour affirmer et asseoir notre pratique.

V. CONCLUSION

Le nombre de personnes âgées accueillies en EHPAD* est en constante augmentation depuis des d'années. Pour autant, cette entrée est rarement un choix ; les conséquences en sont souvent fâcheuses : perte de moral pour la plupart des personnes qui ne désiraient pas cette entrée, pouvant aller jusqu'à une perte totale de l'envie de vivre. L'art-thérapie est une partie de l'accompagnement général apporté au patient en EHPAD*. Elle vient compléter les soins, mais en ce cas, on ne peut l'envisager que dans le cadre d'un travail avec une équipe pluridisciplinaire. Cela favorise les échanges et la reconnaissance de chacun dans sa spécialité. Cette expérimentation en EHPAD* aura été une magnifique occasion pour nous de nous certifier dans notre envie de devenir art-thérapeute. Car nous voyons l'art-thérapie comme une pratique essentielle, qui devrait exister dans tous les lieux dont la vocation est de soigner. Et de souligner ici que le grand respect de notre travail effectué avec les patientes de la part de toute l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD* Cournot-Changey, fut un grand soutien et une part essentielle de la réussite de cette étude qui confirme nos hypothèses de travail.

Ainsi, mesdames G, B et L purent exprimer leur bien-être en séance et l'équipe pluridisciplinaire confirmer que mesdames G et B, quelquefois agitées avant le début des séances, ou même un ou deux jours avant les séances d'art-thérapie, ressentaient un bien être fondamental à créer (par les arts plastiques ou la musique, le toucher ou l'écriture) et que cela entraînait une diminution significative de leurs troubles et ou pathologies. Les séances d'art-thérapie ont été ce lieu où nos patientes touchaient les matières, écoutaient la musique et construisaient des phrases qui favorisaient leur apaisement. Et parfois, le silence qui habitait l'espace laissait place à une expression corporelle, ou une expression non verbale, confirmant la nécessaire reconnaissance de ce qui fait sens pour la personne.

Oui, l'art-thérapie permet, non pas de soigner les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs anxieux et/ou dépressifs, mais d'apporter des éléments notables d'améliorations aux conditions de vie des patientes qui participent à nos propositions art-thérapeutiques.

Et oui ces améliorations sensibles, que nous avons pu évaluer grâce à des items spécifiques, des échelles scientifiques et des objectifs de prise en soin, ont été surtout et avant tout une magnifique aventure humaine qui nous aura fortifié et consolidé dans l'envie de faire de l'art-thérapie notre métier.

Bibliographie

- BOYER-LABROUCHE Annie : *Le cadre en art-thérapie pour un bon déroulement des séances* (2021), *Pratiquer l'art-thérapie*, pages 162 à 186.
- CABANIOLS Marielle : *Le bonheur est dans l'EHPAD : entre inflexion et réalisme* (2012), *Empan*, 2012/2 (n° 86), pages 99 à 103, Éditions Érès.
- ÉLOI Mélina, MARTIN Philippe : *La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations* (2017/1), *Revue française des affaires sociales*, pages 21 à 40.
- FANTINI-HAUWEL Carole, GÉLY-NARGEOT Marie-Christine, RAFFARD Stéphane : *Approches psychologiques du vieillissement* (2014), *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*, pages 1 à 36, chapitres 1.
- MARIN Catherine : *Éditorial Quel temps accordons-nous aux personnes âgées* (2023/3), *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, pages 5 à 8.
- OLANO Marc : *Retour au corps* (2023/HS14), *Sciences Humaines*, pages 66 à 71.
- ROCHAS Bruno : *Editorial, Fin de vie, avec émotions et raison* (2014/1), *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 116, pages 5 à 10.
- ROCHAS Bruno : *Jusqu'à la mort accompagner la vie* (2014/1), N° 116, pages 5 à 10.
- THOMAS Philippe, HAZIF-THOMAS Cyril : *Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée* (2008/3), *Gérontologie et société*, vol. 31 / n° 126, pages 141 à 155.

Webographie

- Art-thérapie : créer à des fins thérapeutiques (passeportsante.net)
- Musicothérapie et bienfaits sur la santé : ce qu'il faut savoir (healthymind.fr)
- La vieillesse est une langue étrangère... (ouest-france.fr) par Jacques Laurent
- Page 6 livre, *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante* sur Cairn.info univ-poitiers.fr
- L'art-thérapie : l'expression de soi autrement (revmed.ch)
- L'art-thérapie : l'importance de toucher - Cécile Orsoni
- L'estime de soi | Cairn.info (univ-poitiers.fr)

- Troubles cognitifs chez le senior : de quoi s'agit-il et quelles solutions : Guide pratique du vieillissement - 9782294749742
- Troubles cognitifs liés au vieillissement : Troubles cognitifs liés au vieillissement : comment réagir ?
- Vivre ou mourir à tout prix par Georges JOVELET dans Perspectives Psy 2023/3 (Vol. 62), pages 209 à 212 : Vivre ou mourir à tout prix | Cairn.info (univ-poitiers.fr)
- La rééducation cognitive - EM consulte (em-consulte.com).
- Pratiquer l'art-thérapie : <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/pratiquer-l-art-therapie--9782100810420.htm>
- Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante : <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/psychologie-et-psychopathologie-de-la-personne--9782100585069.htm>

Musicothèque

- AZNAVOUR Charles : la bohème, Hier encore.
- BRUEL Patrick : mon amant de saint jean.
- BUI Renato : ambiance mussetienne.
- DASSIN Joe : à toi.
- HORNER Yvette : reine de musette.
- LENORMAN Gérard : la balade des gens heureux.
- MACIAS Enrico: les filles de mon Pays.
- MOREAU Jeanne : j'ai la mémoire qui flanche.
- PIAF Edith : sous le ciel de paris, La vie en rose.
- TABLE RONDE Les chevaliers de : auprès de ma blonde.
- TIERSEN Yann : la valse d'Amélie.
- UGARTE Enrique : wenn Mlle dish Kusst, valse.

Autres auteurs :

- French accordéon musette.
- Valse parisienne french music.
- Dmitri Shostakovich – Waltz No.2

Glossaire

A4 : une feuille de format A4 mesure 21 x 29,7 cm.

A3 : une feuille de format A3 mesure 29,7 x 42 cm.

AIT : accident ischémique transitoire

Anneau magique : anneau fabriqué à partir d'une seule pièce de métal fin et solide, parfait pour l'action de flux relaxante, roulant sans effort sur le bras.

AVC : un accident vasculaire cérébral est la perte brutale d'une fonction du cerveau

Burn-out : épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel.

Cortisol : hormone corticosurrénale qui intervient dans de nombreux métabolismes, notamment celui des glucides

Coronaropathie : maladie cardiaque qui fait que le flux sanguin vers le myocarde est insuffisant

DSM-4 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie

Dopamine : neuromédiateur précurseur de la noradrénaline, et indispensable à l'activité normale du cerveau

DSM-5 : livre d'association américaine de psychiatrie

Dysthymiques : trouble chronique et intense de l'humeur qui se caractérise par de longues périodes de pauvre humeur et d'altération fonctionnelle

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Endorphine : les endorphines procurent du plaisir grâce à une action anxiolytique

Espace snoezelen : le snoezelen est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable .

GIR 2 : signifie que la personne âgée est confinée au lit ou au fauteuil. Ses fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et son état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante

GIR 3 : concerne la personne âgée ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour certaines activités du quotidien

HTA : hypertension artérielle

Hypochondrie : anxiété obsessionnelle

IDM : infarctus du myocarde

IMC : indice de masse corporelle, pour obtenir le résultat il suffit de prendre le poids de la personne divisée par la taille au carré. Par exemple, une personne de 53 kg qui fait 1 mètre 58cm on calculera son indice de masse corporelle de cette manière : $53 \div (1,58 \times 1,58) = 21,23$.

MADRS : échelle de dépression de Montgomery et Asberg est un questionnaire diagnostique à 10 éléments utilisé pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur

Mandala : dans le bouddhisme et le tantrisme, dessins et peintures aux formes géométriques qui représentent l'univers et favorisent la méditation

PASA : pôle d'activité de soins adaptés, espace aménagé dans certains EHPAD destiné à l'accueil de résidents atteints de maladie neurodégénérative durant la journée contrairement à l'unité d'hébergement renforcé qui accueille jour et nuit les résidents

Pneumopathie : infection aiguë pulmonaire bactérienne, due le plus souvent au pneumocoque, mais aussi au Mycoplasma pneumoniae et à d'autres bactéries

Sérotonine : substance aminée élaborée par certaines cellules de l'intestin et du cerveau, jouant un rôle important comme vasoconstricteur et neurotransmetteur

Smileys : suite de caractères alphanumériques qui évoque un visage stylisé traduisant un sentiment, une émotion.

Stripping bilatéral : opération chirurgicale qui consiste à retirer directement les varices et les veines malades périphériques.

Annexe 1 : échelle scientifique d'Hamilton - anxiété

| |
|---|
| 1. Humeur anxieuse Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. |
| 0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude. |
| 1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair. |
| 2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e). |
| 3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e). |
| 4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) . |

| |
|--|
| 2. Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. |
| 0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude |
| 1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude. |
| 2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne. |
| 3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e). |
| 4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e). |

| |
|--|
| 3. Craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode. |
| 0 – Absentes |
| 1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas. |
| 2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre. |
| 3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière. |
| 4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e). |

| |
|--|
| 4. Insomnie Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. |
| 0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles |
| 1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil. |
| 2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée. |
| 3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24. |
| 4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil. |

| |
|---|
| <p>5. Troubles de la concentration et de la mémoire Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.</p> |
| <p>0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.</p> |
| <p>1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.</p> |
| <p>2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.</p> |
| <p>3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.</p> |
| <p>4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.</p> |

| |
|---|
| <p>6. Humeur dépressive Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.</p> |
| <p>0 – Absente</p> |
| <p>1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.</p> |
| <p>2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.</p> |
| <p>3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.</p> |
| <p>4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état</p> |

| |
|---|
| <p>7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.</p> |
| <p>0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.</p> |
| <p>1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.</p> |
| <p>2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.</p> |
| <p>3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).</p> |
| <p>4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p> |

| |
|---|
| <p>8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.</p> |
| <p>0 – Absent</p> |
| <p>1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.</p> |
| <p>2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.</p> |
| <p>3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p> |
| <p>4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p> |

9. Symptômes cardio-vasculaires

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

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

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

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

10. Symptômes respiratoires

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

0 – Absents

1 – Présence peu claire

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

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

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

11. Symptômes gastro-intestinaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

12. Symptômes urinaires et génitaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

| |
|---|
| 13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges |
| 0 – Absents |
| 1 – Présence peu claire. |
| 2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente. |
| 3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e). |
| 4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente. |

| |
|---|
| 14. Comportement pendant l'entretien Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations. |
| 0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se). |
| 1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se). |
| 2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se). |
| 3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée. |
| 4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps |

<17: légère
18 – 24: légère à modérée
25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.
De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,
L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Annexe 2 : échelle scientifique de Rosenberg – estime de soi

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.

| Tout à fait en désaccord | Plutôt en désaccord | Plutôt en accord | Tout à fait en accord |
|--|------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 |

Annexe 3 : échelle scientifique Madrs – diminution de la dépression

| Échelle de suivi de dépression MADRS | |
|--|--|
| Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5). Score maximal de 60. | |
| 1. Tristesse apparente : Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer. | |
| <input type="radio"/> 0 | Pas de tristesse. |
| <input type="radio"/> 1 | |
| <input type="radio"/> 2 | A l'air absent mais s'illumine sans difficulté. |
| <input type="radio"/> 3 | |
| <input type="radio"/> 4 | Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps. |
| <input type="radio"/> 5 | |
| <input type="radio"/> 6 | A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e). |
| 2. Tristesse décrite : Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir. | |
| <input type="radio"/> 0 | Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances. |
| <input type="radio"/> 1 | |
| <input type="radio"/> 2 | Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés. |
| <input type="radio"/> 3 | |
| <input type="radio"/> 4 | Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures. |
| <input type="radio"/> 5 | |
| <input type="radio"/> 6 | Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement. |
| 3. Tension intérieure : Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e). | |
| <input type="radio"/> 0 | Placide. Seulement quelques tensions passagères. |
| <input type="radio"/> 1 | |
| <input type="radio"/> 2 | Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini. |
| <input type="radio"/> 3 | |
| <input type="radio"/> 4 | Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté. |
| <input type="radio"/> 5 | |
| <input type="radio"/> 6 | Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible. |

4. Sommeil réduit : Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 3
- 4 Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 5
- 6 Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit : Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 5
- 6 Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration : Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 Pas de difficultés à se concentrer.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 3
- 4 Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude : Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 1

2 Difficultés à commencer des activités.

3

4 Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.

5

6 Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir : Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotion adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour son environnement et les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.

5

6 Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes : Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

0 Pas de pensées pessimistes.

1

2 Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.

3

4 Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.

5

6 Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires : Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

0 Aime la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.

3

4 Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.

5

6 Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry J Ment Sci. avr 1979;134:382-9.

Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C. Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical

Titre : L'art-thérapie en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes souffrant de troubles cognitifs, anxieux et/ou dépressifs à l'aide des techniques des arts plastiques, écriture et musique

Les résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personne âgées Dépendantes sont confrontés à la fin de vie « douleur » (physique, psychologique, morale, sociale...) ainsi qu'à des pathologies cognitives accentuant le besoin d'une prise en soin, notamment art-thérapeutique. Au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Cournot-Changey où nous avons été accueillies, nous avons pu mener à bien une étude qui donne à voir ce que l'art-thérapie peut apporter à ces patients atteints de troubles cognitifs, anxieux et/ou dépressifs, au travers de séances art-thérapeutiques principalement axées autour des arts plastiques, de la musique, du toucher et de l'écriture. L'ampleur temporelle de notre étude qui s'est déployé sur treize semaines, dans un contexte médical ouvert à la pratique de l'art-thérapie et en un nombre suffisant de séances, a permis une amélioration significative chez les patients pris en charge par nos soins. Prouvant, s'il le fallait encore, qu'en contexte de cette structure et sur ce type de pathologie, l'art-thérapie à toute sa raison d'être.

Mots clés : Adaptation – Alliance thérapeutique – Arts-plastiques – Art-thérapie – Écriture – Flexibilité – Musique – Sénescence – Troubles cognitifs, anxieux, dépressifs.

Année 2023-2024 - UNIVERSITÉ de POITIERS - Faculté de Médecine & de Pharmacie – Ayse Antoine

Art Therapy in Nursing Homes for Elderly People Suffering from Cognitive, Anxiety, and/or Depressive Disorders Using Techniques of Visual Arts, Writing, and Music.

Residents in Nursing Homes for Dependent Elderly People are confronted with the "painful" end of life (physical, psychological, moral, social...) as well as cognitive pathologies accentuating the need for care, particularly art therapy. Within the Nursing Homes for Dependent Elderly People of Cournot-Changey where we were welcomed, we were able to conduct a study that shows what art therapy can bring to these patients with cognitive, anxiety, and/or depressive disorders, through art therapy sessions mainly focused on visual arts, music, touch, and writing. The temporal scope of our study, which unfolded over thirteen weeks, in a medical context open to the practice of art therapy and in a sufficient number of sessions, allowed significant improvement in the patients under our care. Proving, if further proof were needed, that in the context of nursing homes for dependent elderly people and with this type of pathology, art therapy has every reason to exist.

Keywords: Adaptation – Anxiety, Cognitive, Depressive Disorders – Art Therapy– Flexibility – Music – Senescence –Therapeutic Alliance – Visual Arts –Writing.

Année 2023-2024 - UNIVERSITÉ de POITIERS - Faculté de Médecine & de Pharmacie - Ayse Antoine