

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
6, rue de la Milétrie BP 199
TSA 51115
86073 Poitiers cedex 9 – France

**Le couple : une difficulté pour les Etablissements d'Hébergements
pour Personne Agée Dépendantes.**

**L'art thérapie : une solution par les arts plastiques pour améliorer leur
sentiment de bien-être.**

Mémoire de fin d'études du diplôme universitaire d'art-thérapie

Présenté par Marine Darracq

Année 2024

Sous la direction de : Alice DUCOUX, psychologue clinicienne

Référent universitaire : Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage : Association village Terre Negre,
Etablissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes
95 rue Ernest Renan, 33000 Bordeaux

Remerciements :

Je remercie toutes les personnes ayant contribué à la réussite de ce mémoire :

Je souhaite remercier en premier lieu Monsieur Giraud ainsi que Monsieur Pain et toute l'équipe pédagogique, pour la mise en place du DU* d'art-thérapie de l'Université de Médecine et Pharmacie de Poitiers.

Je tiens aussi à remercier l'EHPAD* de l'Association du Village Terre Negre et tout particulièrement Christophe Boery, mon tuteur de stage, pour son accueil, son écoute et sa bienveillance. Je tiens aussi à remercier Alice Ducoux, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement et sa supervision.

Merci aussi aux habitants de mon lieu de stage d'avoir accepté de participer à mes ateliers. De s'être ouvert à moi de façon intime et profonde en me laissant travailler sur leurs difficultés.

Et enfin plus personnellement, je tiens à remercier ma famille et amis pour leur soutien incommensurable dans tous mes projets.

Préambule :

Depuis mon plus jeune âge, je pratique diverses activités artistiques.

Pendant 3 ans, j'ai pratiqué une activité de comédie musicale qui m'a permis de vivre, tout à la fois, la danse, le chant et le théâtre.

J'ai ensuite choisi d'apprendre la danse moderne jazz, néoclassique et réggaeton 8 ans de plus en parallèle de quoi, j'ai joué de la guitare. Ma grand-mère violoniste m'a donné l'opportunité, d'apprécier le monde de la musique classique surtout quand j'allais l'écouter en concert. Ma curiosité artistique a aussi été soutenue par ma mère qui m'a, dès mon plus jeune âge, associé à ses découvertes et visites d'expositions. Au lycée, j'ai donc tout naturellement choisi la filière L spécialisation art plastique. C'est aussi durant ces dernières années que j'ai été sensible à la psychologie humaine et très vite s'est imposée l'idée de trouver un métier alliant ces deux spécialités.

Mon stage de Psychologie en licence 3, m'a ouvert de nouveaux horizons. J'ai eu la chance de pouvoir être immergée dans différentes structures en psychiatrie, ou accueillant des enfants placés ainsi que dans des établissements pour le public carcéral. J'ai constaté alors combien les activités d'expression de soi permettaient à tous de sortir de leur situation douloureuse et souvent de se découvrir positivement leur conférant ainsi un peu de valorisation.

L'été de ma licence, j'ai effectué deux séjours en qualité d'animatrice de vacances adaptées pour personnes en situation de handicap et j'ai pu faire le même constat. Suite à l'obtention de ma licence en psychologie, j'ai été recrutée en service civique au sein de l'association Unis Cité pour effectuer des maraudes et animer des ateliers de prévention sur la vie sexuelle et affective auprès d'un public scolaire et d'un public de réfugiés. Cette expérience fut très riche. Il m'a fallu construire un visuel, un support d'animation et les adapter à mon public pour informer et faire de la prévention sans heurter. À la suite de ce service civique, j'ai été embauchée pour effectuer une mission en qualité d'animatrice de prévention des addictions pour l'Association Addiction France. Cette expérience de plusieurs mois m'a permis de côtoyer un public fragilisé et/ou dépendant. J'ai pu m'entretenir régulièrement avec des consommateurs occasionnels peu conscient des risques et d'autres addictions. Une solitude, une exclusion, un désespoir, un mal-

être ou totalement l'inverse comme une envie de s'intégrer et de faire comme les autres incitaient souvent à cette mise en danger. J'ai fréquemment pensé à la création d'ateliers à thème pour libérer la parole ou l'expression par la création.

La rencontre avec une psychologue qui avait l'occasion de travailler en partenariat avec une art thérapeute m'a permis de découvrir ce métier et de chercher à me former. Mon choix de formation au DU d'art-thérapie de l'Université de Poitiers est vraiment réfléchi, j'avais alors en 2022 la possibilité aussi d'intégrer un master de psychologie. Je veux pouvoir créer, animer, soutenir l'envie d'être et de vivre mieux à travers les différents ateliers que je proposerai. J'aime l'idée de pouvoir varier mon quotidien à travers les ateliers, au sein desquels je travaillerai des média différents adaptés à des objectifs thérapeutiques distincts proposés à une population diversifiée. Mes diverses expériences orientent d'ores et déjà mes choix vers des publics cibles : les personnes âgées, les personnes sous mains de justice et les personnes dans un processus de burn-out*.

Plan

Préambule :.....	1
Plan :	3
I. Introduction	6
1.1 Les pathologies étudiées.....	6
1.1.1 Le vieillissement	6
1.1.1.1 Le vieillissement normal :	6
1.1.1.2 Le vieillissement réussi	7
1.1.1.3 Le vieillissement pathologique.....	8
1.1.1.3.1 La perte d'autonomie.....	8
1.1.1.3.2 Le trouble dépressif.....	8
1.1.1.3.3 Le trouble anxieux.....	10
1.1.2 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	11
1.1.2.1 Qu'est ce qu'un EHPAD et à qui est il destiné ?	11
1.1.2.2 L'entrée en EHPAD et le processus d'institutionnalisation :	11
1.1.2.3 Le couple en EHPAD :	14
1.2 Technique artistique utilisée.....	15
1.3 Définition de l'art-thérapie.....	17
II. Matériels et Méthodes	18
2.1 Matériels.....	18
2.1.1 Le lieu de stage et les intervenants.....	18
2.1.1.1 La structure.....	18
2.1.1.2 Le personnel	20
2.1.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique	21
2.1.3 Schémas utilisés	21
2.1.4 Choix des patients pour l'étude.....	22
2.1.5 Stratégies thérapeutiques et besoins des patients	22
2.1.6 Durée de la recherche.....	23
2.1.7 Retombées attendues	23
2.1.8 Organisation des séances.....	23
2.1.9 Evaluation des séances	24
2.2 Méthodes.....	26
2.2.1 Etude de cas de Monsieur L	26
2.2.1.1 Anamnèse	26

2.2.1.1.1	Analyse de la situation d'entretien	26
2.2.1.1.2	Recueil d'éléments biographiques.....	26
2.2.1.1.3	Pathologie.....	27
2.2.1.1.4	Evaluation clinique du fonctionnement du sujet	29
2.2.1.1.5	Relation avec l'art-thérapie	29
2.2.1.2	Objectifs thérapeutiques	29
2.2.1.3	Séances d'art-thérapie	30
2.2.2	Etude de cas de Madame L.....	31
2.2.2.1	Anamnèse	31
2.2.2.1.1	Analyse de la situation d'entretien	31
2.2.2.1.2	Recueil d'éléments biographiques.....	31
2.2.2.1.3	Pathologie.....	32
2.2.2.1.4	Evaluation clinique du fonctionnement du sujet	33
2.2.2.1.5	Relation avec l'art thérapie.....	34
2.2.2.2	Objectifs thérapeutiques.....	34
2.2.2.3	Séances d'art thérapie.....	34
III.	Résultats	34
3.1	Résultats de Monsieur L.....	34
3.1.1	Echelle scientifiques : Echelle d'anxiété d'Hamilton	34
3.1.2	Grilles d'observation des séances.....	35
3.1.3	Auto-évaluation.....	37
3.1.4	Bilan	37
3.2	Résultats de Madame L	38
3.2.1	Echelle scientifiques : Echelle de la MADRS*.....	38
3.2.2	Grilles d'observation des séances.....	39
3.2.3	Auto-évaluation.....	40
3.2.4	Bilan	41
IV.	Discussion	41
4.1	Apport et bénéfices de l'étude.....	41
4.1.1	L'attrait scientifique.....	41
4.1.2	Réflexions sur les résultats obtenus.....	42
4.2	Limites de l'étude.....	44
4.2.1	Limite inhérente à l'étude.....	44
4.2.2	Limites extérieures à l'étude	45

4.3	Discussion du cadre conceptuel de l'art thérapie	46
4.4	Discussion de la posture soignante en tant que futur art-thérapeute	49
V.	Conclusion.....	52
	Bibliographie.....	54
	Glossaire.....	56
	Annexes :	59
	Annexe 1 : Tableau des critères du DSM-5 : Le trouble dépressif.....	60
	Annexes 2 : Tableau des critères du DSM-5 : Le trouble de l'anxiété généralisée.....	61
	Annexes 3 : Echelle d'anxiété d'Hamilton :	62
	Annexes 4 : Echelle de la MADRS :.....	63
	Annexes 5 : Grille d'observation	64
	Annexes 6 : Résultat de l'échelle d'Hamilton de Monsieur en novembre et en mars.....	65
	Annexes 7 : Résultat de l'échelle MADRS de Madame en novembre et en mars	66
	Annexes 8 : Lettre de remerciements de Monsieur et Madame	68
	Annexes 9 : Autorisation d'utilisation des œuvres de Monsieur et de Madame	69

I. Introduction

1.1 Les pathologies étudiées

1.1.1 Le vieillissement

Le vieillissement peut être défini de multiples façons. Il s'agit de façon générale de « l'effet délétère du temps qui s'exerce sur un élément » selon M. Tison, docteur en psychologie clinique spécialisé dans la psychologie du sujet âgé (2023). L'auteur parle de trois étapes qui composent ce phénomène. En débutant par la « croissance » suivie de la « maturation » et se terminant par l'étape du « vieillissement ». Cette définition permet de comprendre que le vieillissement s'applique sur tout, que ce soit une matière vivante ou non.

La littérature* semble s'accorder sur la théorie de Rowe, professeur en physique, et Kahn, psychologue en 1998 qui parle de trois types de vieillissement :

- Le vieillissement normal : 50% de la population, la qualité de vie n'est pas impactée.
- Le vieillissement réussi : 25% de la population, la personne réussit à s'adapter malgré les problématiques diverses rencontrées en raison de son âge. Certaines arrivent même à améliorer leur qualité de vie.
- Le vieillissement pathologique : pour 25% de la population, la qualité de vie est plutôt basse.

1.1.1.1 Le vieillissement normal :

Le vieillissement est un processus biologique et cellulaire qui est complexe et multifactoriel (Tison, 2023). Nous pouvons observer « *des altérations liées à l'âge : perte auditive, visuelle, et mobilité réduite, et maladies non-transmissibles, notamment maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, affections respiratoires chroniques, cancer et démence* » (OMS*, 2016). Il existe un risque élevé de développer une maladie chronique* ou des maladies chroniques* simultanément, que l'OMS* appelle « *multimorbidité ** ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*) met en avant dans son rapport de 2016, qu'en plus des capacités physiques et intellectuelles, il existe une influence de l'environnement sur la

santé. Le lieu de vie, la situation économique, et les normes en vigueur dans la communauté à laquelle appartient la personne peuvent s'avérer être des facteurs de protection ou au contraire des facteurs aggravants impactant notre vieillissement.

Vieillir a aussi un impact dans nos représentations. Spontanément, nous avons des préjugés* très négatifs lorsque l'on pense aux personnes âgées, car le vieillissement évoque la perte, comme vu plus haut, de nombreuses facultés. Alors que nous avons des pensées plutôt positives à l'idée d'avoir du temps libre, de pouvoir se reposer, de tester de nouvelles choses comme nous le fait remarquer M. Tison (2023). Il nous fait donc prendre conscience qu'il y aurait alors deux catégories de vieillissement « le bien vieillir » et « le mal vieillir » qui ce dernier représenterait le vieillissement pathologique.

1.1.1.2 Le vieillissement réussi

L'Organisation Mondiale de la Santé en 2016 définit, que le vieillissement en bonne santé « est un processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles* qui favorise le bien-être pendant la vieillesse. »

Michèle Bertrand (2022), philosophe et psychanalyste expose que même si le vieillissement peut être difficile pour la personne âgée* dû aux pertes de multiples points comme la santé physique, psychique, cognitive*, etc. Elle casse les stéréotypes* en rappelant que cette période de vieillissement peut être un moment où l'on investit les liens sociaux et l'on se réinvente en étant dans une démarche de création de nouvelles activités, de nouvelles expériences ou nouvelles relations sociales.

Bien vieillir voudrait dire avoir de bonnes aptitudes, une bonne capacité d'adaptation ainsi qu'une bonne résilience ce qui protégerait notre psyché et n'engendrerait pas de conséquences en cascade sur notre physique et autres capacités comme le souligne Tison (2023). L'OMS* complète en désignant des critères essentiels pour que la personne se sente bien vieillir : « *Un rôle ou une identité ; des relations ; l'opportunité de s'amuser ; l'autonomie ; la sécurité ; le potentiel nécessaire au développement personnel.* ».

1.1.1.3 Le vieillissement pathologique

Il peut arriver que la personne âgée* développe un état de santé complexe. On note que souvent du fait des multiples pathologies, les maladies ne suivent pas une trajectoire classique ce qui nécessite de devoir vraiment adapter les soins au besoin de la personne (OMS*, 2016).

1.1.1.3.1 La perte d'autonomie

Une notion importante à développer est la perte d'autonomie. Ce n'est pas une pathologie, mais une de ses conséquences.

Il est important de faire la différence entre autonomie et indépendance, comme l'explique Vauchez (éducateur spécialisé, 2015). L'autonomie peut être définie comme la capacité d'une personne à pouvoir effectuer les tâches de la vie quotidienne, maintenir une vie sociale et se déplacer seul. Le degré de l'incapacité varie selon les personnes âgées.

Alors que l'indépendance est plus en lien avec la relation à l'autre, la capacité de l'individu à être seul ou à ne pas être sous influence.

La perte d'autonomie peut être vécue comme un choc psychologique ce qui peut entraîner des complications psychologiques, c'est ce qu'on appelle le phénomène de cascade. Dans certains cas, il amène à développer des troubles dépressifs et/ou anxieux comme le suggère Tison (2023). Plus la personne va rentrer dans ce phénomène plus la personne peut développer un de ces troubles. La perte d'autonomie entraîne une charge pour la famille et les proches ce qui peut amener le sujet à être conscient du poids qu'il fait subir à son entourage encourageant ainsi la détresse psychologique, c'est un cercle vicieux.

La détresse psychologique n'est donc pas causée par le vieillissement, mais par ses conséquences.

1.1.1.3.2 Le trouble dépressif

Le trouble le plus présent chez la personne âgée* est la dépression (Tison, docteur en psychologie clinique, 2023), 40% des personnes vivant en EHPAD* en sont atteintes.

On utilise les critères du DSM-5* pour diagnostiquer le sujet adulte (cf. annexe 1, p60). Le DSM-5* (2013) est un recueil de références utilisées en psychiatrie qui permet de regrouper

tous les critères cliniques et statistiques des troubles mentaux reconnus par le domaine médical international. Le fait de mettre en place ces informations cliniques évite des erreurs de diagnostic.

La dépression se diagnostique chez l'adulte de façon différente que chez les personnes âgées (Tison, 2023). Globalement, les signes cliniques restent les mêmes pour les deux, mais il faut nuancer les comportements de la personne âgée*, car ils peuvent être dus au vieillissement plus qu'à la pathologie. Par exemple pour les critères de baisse de l'humeur, on sait que la personne âgée* est amenée à moins démontrer ses émotions, car elle peut développer une forme plus ou moins sévère d'apathie. Pour ce qui est de la perte d'intérêt, on va devoir là aussi être nuancé, car il pourrait s'agir de prendre en compte la fatigue, l'incapacité physique ou l'incapacité matérielle de réaliser la tâche en raison de son avancée dans l'âge.

Même si le DSM-5* est un outil très utile, il ne fait pas part de signes cliniques spécifiques de la dépression chez le sujet âgé. On peut retrouver « *des plaintes somatiques, les plaintes mnésiques, l'ennui, la sensation de vide, l'impression d'inutilité sociale, des raisonnements suicidaires avec désir de mort sans appel à l'aide, de l'agressivité et de la colère* » comme le mentionne Tison (2023). Il rajoute qu'il existe plusieurs formes cliniques spécifiques de la dépression chez ce public :

- Dépression délirante : peut se confondre avec un trouble délirant tardif, mais qui n'est que l'association d'objets délirants et confusionnels, souvent avec beaucoup de culpabilité et de persécution.
- Dépression sub-syndromique : est peu diagnostiquée, car il s'agit d'une dépression qui ne présente pas tous les syndromes composant une dépression majeure.
- Dépression masquée : qui donne l'impression que la personne n'est que dans la plainte somatique, sûrement trop à l'écoute de son corps ou exprimant sa souffrance que par le corps.
- Syndrome de glissement : est la forme la plus sévère, le sujet est tellement dans la souffrance qu'il se laisse mourir malgré les soins médicaux, parfois de façon tout à fait inconsciente. On peut l'associer à un trouble mélancolique.
- Dépression vasculaire : est de cause biologique en effet, il s'agirait d'une lésion dans la région cérébrale qui gère les émotions. Elle se traduit par un ralentissement psychomoteur*. Il y a un risque d'évolution vers une réelle démence vasculaire*.

- Pseudo-démence dépressive : est ressemblante aux symptômes d'une démence avec des troubles cognitifs*, mais n'ayant aucun souci neuropsychologique*.
- Dépression hostile : est caractérisée par une irritabilité, de l'agressivité et s'apparente aux troubles du comportement. Cette forme est très présente chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Tison (2023) nous fait aussi observer qu'il existe des facteurs de risque à l'apparition de la dépression qui sont « *les antécédents de dépression, un deuil récent, la présence du trouble du sommeil, une perte de l'autonomie* ».

1.1.1.3.3 Le trouble anxieux

Tison (2023) nous informe qu'avec l'âge les troubles anxieux ont tendance à diminuer, mais ils peuvent persister chez certaines personnes. Chez les sujets ayant un fonctionnement anxieux qui auront développé le trouble précocement, mais il est possible de voir éclore le trouble de façon tardive. Ce trouble peut avoir un impact important sur la qualité de vie et la capacité d'autonomie.

Le DSM-5* (2013) catégorise différents types de trouble anxieux, celui qui nous intéresse est le trouble d'anxiété généralisée. Pour cette pathologie, les critères du DSM-5* sont comme pour le trouble dépressif des critères cliniques pour l'adulte et non spécifiques pour la personne âgée* (cf. Annexes 2, p61).

En général, les symptômes et manifestations sont les mêmes entre l'adulte et la personne âgée*. Au premier plan, nous pouvons observer des plaintes somatiques, ou une agitation générale, souvent provoquées par des pensées anxieuses, de l'appréhension et une inquiétude du danger imminent. En terme de signe clinique*, nous constatons des troubles du sommeil, mais aussi « *d'oppression thoracique, une constriction de gorge, une tachycardie, une polypnée, une suee, des tremblements, des symptômes digestifs, un sentiment de mal-être ou de malaise.* » (Tison, 2023).

Il est aussi possible de constater la présence d'un stress chronique qui peut être fréquent chez certaines personnes âgées. Le stress peut être un mécanisme de coping* afin de faire face à une situation inattendue qui demande une adaptation de la personne. De plus, chez le couple, le stress est un facteur d'épuisement chez le conjoint aidant pouvant mener jusqu'au « *burn-out** ».

1.1.2 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agée Dépendantes

1.1.2.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD et à qui est il destiné ?

Le gouvernement (2024) définit les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)* comme « *des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre* ». Leurs missions sont d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables ainsi que de préserver l'autonomie grâce à une prise en soin totale, c'est-à-dire l'hébergement, la restauration, l'animation et les soins.

En 2019, 730 000 personnes vivent dans une structure d'hébergement pour personnes âgées*. La Direction de la Recherche des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques* (2022) nous indique que huit personnes sur 10 habitaient en EHPAD*. Elle constate que la moyenne d'âge est de 86 ans et 1 mois. 38% des résidents ont plus de 90 ans, on peut dire que la population est de plus en plus vieillissante ce qui fait augmenter l'âge dans les EHPAD* et le nombre de personnes très âgées. La DREES* (2022) nous permet de dire aussi qu'il y a une différence flagrante d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Les femmes sont bien plus nombreuses dans les EHPAD* en raison de leur espérance de vie plus longue, nous remarquons aussi que les hommes dans ces institutions sont donc plus jeunes.

Le niveau de dépendance dans les EHPAD* est en grande augmentation, 85% des résidents étaient en perte d'autonomie en 2019 et plus de la moitié des habitants de ce type de structure est très dépendant (DREES*, 2022). La majeure partie de leurs besoins porte sur l'accomplissement de la toilette et l'aide pour s'habiller. La mobilité et l'orientation sont les deux autres points de difficultés prédominantes chez les habitants en EHPAD*.

1.1.2.2 L'entrée en EHPAD et le processus d'institutionnalisation :

La DREES* rapporte en 2022 que l'entrée en EHPAD* se fait de plus en plus tard. Il y a plusieurs raisons à cela, la politique actuelle est de maintenir le plus longtemps possible la personne chez elle, ce qui explique que les personnes arrivent de plus en plus dépendante. L'autre raison est que les structures ont une capacité d'accueil limitée et créent peu de places supplémentaires alors que la population générale est de plus en plus vieillissante.

Les personnes entrant dans un EHPAD* viennent pour 50 % de leur domicile et 50% d'un autre établissement de santé* ou d'hébergement (DREES*, 2022).

Nous devons être conscients que dans une entrée en institution il y a trois relations qui se jouent : famille/établissement ; famille/parent âgé ; établissement/personne âgée*. Une bonne entrée en EHPAD* sera effective lorsque les trois relations seront apaisées (Donnio, psychologue 2005).

Badelon et Maulino (psychogérontologues*, 2016) indiquent que l'entrée en EHPAD* appelle à penser à 3 moments :

- Le passé : représente tout ce que la vie de la personne a été jusqu'ici.
- Le présent : qui est l'institution, avec un manque de repère et un rythme de vie qui n'est plus celui choisi par le résident. Le fait d'avoir quitté son chez-soi amène un sentiment d'isolement ainsi qu'un sentiment d'intrusion par des équipes de la structure.
- Le futur est souvent angoissant avec l'idée de la mort, de l'abandon, de la dépendance. Pour le couple, il peut signifier la séparation par la mort ou la maladie.

Donnio (2005), nous explique que l'entrée en institution est un vrai événement dans la vie d'une personne, elle peut être vécue au mieux comme un tournant de vie, comme un bouleversement pour certaines personnes et pour d'autres être un véritable traumatisme.

En raison des problématiques de manque de repères, d'orientation et de désorganisation de leur vie, 30% des personnes âgées décèdent dans l'année de leur arrivée en EHPAD* (Fantini-Hauwel, Gély-Nargeot & Raffard, psychogérontologues, 2014).

Pour bien comprendre l'impact qu'aura sur la personne cette entrée, il faut déterminer quel est l'événement qui a amené à ce placement. Il peut s'agir de l'annonce d'une maladie ou la constatation d'une trop grosse perte d'autonomie qui, si elle est anticipée par la personne, sera facilitée. S'il s'agit au contraire d'une entrée à la suite d'un accident ou une hospitalisation, la personne ne pourra pas s'y préparer et elle sera vécue comme violente (Donnio, 2005). Fantini-Hauwel et al. (2014) déclare que cette entrée est rarement un choix de la personne ce qui peut l'amener à être vécue comme traumatisante. Donnio (2005) complète en disant que c'est le plus souvent la famille qui demande le placement en institution des parents ou bien une institution avec leur accord, l'assentiment de la personne âgée* n'est pas obligatoire.

L'auteur Donnio, en 2005 explique qu'il y a alors un déséquilibre des relations familiales, les enfants prennent la place des parents, c'est le phénomène de parentalisation. Faire rentrer leurs parents dans une institution est souvent accompagné d'un sentiment de culpabilité par les enfants, considérant qu'ils ont échoué dans leur accompagnement. Ce qui peut avoir comme conséquence qu'ils soient potentiellement agressifs envers les professionnels ou en totale démission. L'agressivité ou le contrôle excessif peuvent aussi venir d'angoisse sur le devenir du parent, ils veulent la meilleure solution pour pallier aux difficultés rencontrées. L'attente de la famille et de l'établissement est alors de créer une alliance. Les proches souhaitent être informés de l'évolution de la pathologie du parent, ce qui peut générer des difficultés pour les équipes qui ne peuvent pas toujours tout dire à la famille. La famille peut avoir un regard trop fantasmé de ce que doit être un EHPAD* et les soins qui doivent être apportés à leurs parents. Les soignants sont dans une contrainte d'institution et de contexte professionnel, ils ont eux même une vision de ce qu'est un bon résident, ce qui peut amener une dissymétrie avec la famille. Pour apaiser ce lien, il va falloir que les deux parties travaillent ensemble, trouver des temps d'échange et de participation commune, que ce soit des réunions, des activités dans l'établissement, des repas partagés entre la famille et les personnes âgées. Toutes ces implications permettent d'améliorer les trois relations qui se jouent dans l'EHPAD*, c'est-à-dire comme vu plus haut famille / établissement ; famille / parents ; établissement / personne âgée*.

Pour ce qui est de la relation famille/parents, nous avons vu que les enfants ont des demandes et des attentes pour leurs parents, mais les parents en ont pour eux même aussi. Garder du lien avec sa famille permet de rester en contact avec sa vie d'avant. La famille représente l'ancrage et les racines de la personne âgée*, ce qui est essentiel pour que l'habitant puisse garder conscience de son identité. Maintenir ce lien sert aussi à maintenir des liens sociaux avec l'extérieur (Donnio, 2005).

La relation entre la personne âgée* et l'EHPAD* peut au début être compliquée. Le nouveau résident doit accepter de vivre selon l'organisation et le fonctionnement de la structure (Fantini-Hauwel & al., 2014). Plusieurs aspects peuvent être choquants à première vue, les professionnels de santé ayant un planning serré sont souvent amenés à réaliser leurs soins sans prendre le temps d'établir une bonne relation avec la personne, ce qui conduit la personne à se sentir « objectalisée* ». Les habitants peuvent avoir l'impression d'être infantilisés par

l'établissement. La personne âgée* va donc devoir s'adapter au rythme et aux conditions de vie de l'établissement.

1.1.2.3 Le couple en EHPAD :

Nous savons que la majorité des personnes se trouvant en EHPAD* sont des femmes, comme vu plus haut, elles représentent 78% des résidents de plus de 80 ans. La DREES (2022) nous informe qu'en 2019, 86%, des personnes accueillies dans les structures spécialisées pour personnes âgées n'ont pas ou plus de conjoint. Les personnes en couple dans la même structure ne correspondent qu'à un tiers des résidents de celle-ci. Il est donc compréhensible que les couples ne représentent qu'une minorité dans cet espace, les professionnels ne sont pas habitués à leur accueil. Les structures sont majoritairement peu équipées de chambre ayant un lit double, il s'agit plus généralement de deux lits simples séparés par une table de chevet (Badelon et Maulino, 2016). Nous avons pu constater que dans l'EHPAD* où nous effectuons notre recherche que les habitants ont des chambres proches l'une de l'autre, mais la structure ne peut loger tous les couples en chambres doubles n'en ayant qu'une par étage, c'est-à-dire une sur 66.

L'accueil du couple en EHPAD* veut dire admettre trois entités distinctes : la personne ; l'autre ; le couple. Comme l'expliquent Badelon et Maulino en 2016, il s'agit de deux corps avec des besoins et un fonctionnement différent, mais un vécu et une histoire commune qui sont indissociables et qui représentent une troisième entité : le couple, qui ne peut pas être oublié, car il est essentiel dans l'existence de chacun. Elles rajoutent que l'enjeu majeur des équipes va être de devoir comprendre le fonctionnement du couple.

Le couple a évolué avec l'âge et la vieillesse a un impact sur lui, comme nous l'avons vu plus haut, avoir un conjoint dépendant ou malade peut amener un stress chronique à la personne aidante (Tison, 2023). L'entrée en institution du couple est souvent due à un épuisement du conjoint aidant (Badelon & Maulino, 2016). Les raisons de leur entrée peuvent être très différentes ainsi que les modalités ; certains rentrent ensemble, d'autres séparément, il est aussi possible de choisir d'avoir une chambre ou deux. Toutes ces possibilités peuvent influencer sur le couple et son fonctionnement.

Les auteurs expliquent que l'autre représente souvent un miroir de soi-même et donc une image de ce qu'est vieillir, ce qui peut être effrayant. Avec la dépendance, le conjoint peut devenir

l'incarnation de la perte, il peut aussi devenir qu'un objet de soin et non plus le partenaire aimé. « *La place d'aidant peut remplacer celle d'aimant* » (Badelon & Maulino, 2016).

Le couple n'est souvent plus considéré comme tel par la famille, mais comme deux personnes ayant un besoin de santé bien distinct. Il est de même pour le personnel soignant qui ne prend souvent pas le couple en compte. Il peut arriver qu'il y ait du conflit entre le conjoint ex-aidant et les soignants. Souvent, le conjoint veut rester impliqué dans les soins de son partenaire ce qui dérange la réalisation d'actes médicaux ou impose une vision et façon de faire qui peuvent être considérées comme non-pertinentes par l'équipe médicale (Charazac, neuropsychiatre, 2015).

Une autre des difficultés, mise en avant par Charazac (2015), pour les établissements et les équipes pluridisciplinaires c'est de devoir considérer aussi la sexualité du couple mais cette problématique ne sera pas abordée dans ce mémoire car elle ne fait pas partie de notre étude.

Il est donc important dans l'accompagnement de ces couples de leur permettre de s'exprimer, d'aider à ce qu'ils puissent continuer à fonctionner malgré la maladie (Badelon & Maulino, 2016).

1.2 Technique artistique utilisée

Le médecin urgentiste Patrick Pelloux nous explique dans son livre, L'instinct de vie, que l'art de manière générale permet de se créer des bulles qui adoucissent la vie et aident à se reconstruire.

Les arts-plastiques :

Ils sont un outil très utile qui permet d'amener une personne à un processus créatif, à une relation thérapeutique et à un mouvement de transformation d'après Dubois (art-thérapeute, 2013). Les ateliers d'art plastique permettent l'expérimentation de la matière qui concourt à une meilleure connaissance de soi. L'intention thérapeutique peut être amenée par l'expérimentation, mais aussi par les références culturelles. L'autre aspect possible à développer avec ce médium est l'aspect social. Il faut rappeler comme, l'indique l'auteur, que le but des séances avec ce médium n'est pas la conception de l'objet en lui-même, mais de créer un mouvement entre le conscient et l'inconscient de la personne. La technique proposée par l'art thérapeute doit être choisie en fonction de l'objectif à travailler. Elle stimule une intention et

une expérience sensorielle en imposant un potentiel et des contraintes qui lui sont propres. Du fait que l'art thérapeute impose un cadre thérapeutique strict avec des consignes claires permet à la personne une totale liberté pour imaginer et faire (Dubois, 2013).

Nous utiliserons ici la peinture sur un fond musical.

La peinture :

Peindre demande une capacité d'adaptation, en effet, il est facile de se tacher ou de donner un coup de pinceau malencontreux comme l'explique Dubois. Le patient va donc devoir avec cette technique travailler « *la notion d'erreur, d'imprévu, de réversibilité, d'invention.* » (Dubois, 2013). Il est aussi important que l'art thérapeute accompagne la personne vers « des moments de déception, d'hésitation, et de fragilité ». Pour Evers, art-thérapeute (2021), la peinture permet d'explorer des sentiments et émotions en totale liberté par l'expérimentation des couleurs, des formes, et des compositions, ce qui permet à la personne de passer d'un état d'incapacité et à la fierté de la production réalisée. L'auteur encourage l'art-thérapeute à amener le patient à aller plus loin dans l'exploitation de ses émotions, car la peinture peut lui permettre d'aller mieux en réparant, réajustant, reformulant la composition et ainsi faisant en apaisant son mal-être.

La peinture acrylique : cette peinture est créée et utilisée par le secteur de l'automobile puis rendue accessible au grand public dans les années 50. Elle permet de faire beaucoup de mélange de couleurs et d'en créer à l'infini. Nous pouvons noter qu'elle a des caractéristiques intéressantes pour l'art-thérapie : elle n'est pas très chère, se dilue à l'eau en restant opaque, sèche très vite et il est possible de jouer avec la texture en y introduisant diverses matières dedans d'après Dubois (2013).

La peinture sur verre : ce type de peinture est propre à un seul support, celui du verre. Elle est donc particulière dans son utilisation, très épaisse et très couvrante, on ne peut utiliser qu'un pinceau par couleur, car il faut le laver avec le white-spirit. La peinture se dépose par couches, plus on en met plus la couleur sera foncée et opaque. Il est aussi bien de préciser qu'en cas d'erreur, on peut retirer de la matière avec un papier buveur dans les premiers instants après l'application et il faudra 24h pour que les productions soient totalement sèches.

Travailler avec un fond musical :

Nous utiliserons un fond musical pour chaque séance. Nous savons que la musique a un effet bénéfique sur la personne. Benac avance, dans sa thèse en pharmacie de 2022, que la musique produirait des ondes qui agissent comme la douleur ou la dépression sur le Système Nerveux Central. Il insiste sur le fait que les ondes musicales permettent de donner à la personne une sensation de plaisir et de bien-être, grâce à son pouvoir de distraction, ce qui va diminuer la douleur. Le pharmacien précise qu'il est possible de faire baisser sévèrement divers types de douleurs avec la musique.

La musique permet aussi d'avoir un impact « sur la mémoire, l'attention, la perception ou le contrôle moteur ». Nous pouvons l'utiliser alors pour amener nos patients à se concentrer, induire un élan créateur, et faire ainsi baisser leur anxiété.

1.3 Définition de l'art-thérapie

Monsieur Giraud, fondateur du DU* d'art thérapie de l'Université de Poitiers et Monsieur Pain, professeur à l'Université de Poitiers, définissent en 2015, l'art thérapie comme : « *une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique de la création artistique. La pratique de l'art-thérapie implique donc de fait l'utilisation de médiations artistiques qui peuvent être picturales, plastiques, musicales, corporelles, etc. L'Art-thérapie va exploiter le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. Elle permet d'améliorer la qualité de vie de la personne en difficulté dans son quotidien (maladie, souffrance, handicap ou blessure de vie), qu'elles soient passagères, de longue durée ou définitives.* »

Les auteurs ajoutent qu'il est possible d'exercer cette thérapie dans différents établissements car elle s'adresse à un large public.

Comme le fait remarquer l'OMS* (2016) les soins longue durée sont « *les activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes à risque ou atteintes d'une perte permanente significative des capacités intrinsèques, puissent maintenir un niveau de capacités fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits et à leurs libertés fondamentales et à leur dignité humaine.* ». Elle rappelle cependant que « *(...) les capacités fonctionnelles sont le but ultime des soins de longue durée, plutôt que de se focaliser simplement sur la réponse aux besoins fondamentaux des personnes âgées, (...).* ». Elle précise qu'il faut « *(...) développer et à entretenir des relations ; à apprendre, à se développer sur le plan personnel, et à prendre des*

décisions ». Ces objectifs sont exactement ceux ciblés en art thérapie nous pouvons donc nous dire que c'est une méthode appropriée auprès d'un public âgé.

Nous pouvons aussi constater l'efficacité de cette méthode auprès de personne vivant en EHPAD* souffrant de trouble dépressif et/ou anxieux, comme démontré dans les études de S. Mercier (art-thérapeute, 2018) et M-L Chauvellier (art-thérapeute, 2017). Michèle Bertrand (2022) considère que même si les EHPAD* sont un endroit où les personnes peuvent se dégrader par l'influence de l'institution, ils peuvent aussi être un terrain propice à de la création.

Cette méthode est rigoureuse et scientifique, ce qui permet de mettre en place des protocoles de prise en soin et des écrits professionnels, ce qui nous permet d'utiliser cette thérapie pour notre étude (Giraud & Pain, 2015).

Nous nous demandons en quoi des séances d'art-thérapie en utilisant l'art-plastique sur fond musical, aident à faire baisser le niveau de dépression et/ou d'anxiété chez nos patients. Et participent à aider

II. Matériels et Méthodes

2.1 Matériels

2.1.1 Le lieu de stage et les intervenants

2.1.1.1 La structure

Le village Terre Negre est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. C'est l'un des plus grand de France, avec une capacité d'accueil de 400 résidents répartis en 4 pavillons (Buhan, Cheverus, Gautiers et Pelleport) situés autour d'un parc de 2 hectares en plein centre-ville de Bordeaux. La répartition des habitants se fait sur la base de l'équilibre de la charge de travail pour les professionnels de santé. Ce système permet aussi de ne pas stigmatiser les personnes selon leur handicap et leur niveau socio-économique.

L'établissement travaille beaucoup avec les différents hôpitaux de Bordeaux et l'hôpital psychiatrique Charles Perrens. On peut y retrouver une Unité d'Hébergement Renforcée qui

prend en charge des personnes âgées ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie qui entraîne des troubles du comportement importants. Cette structure héberge aussi un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pour les maladies neuro-dégénératives et ayant des troubles du comportement modérés.

Cet EHPAD* est une association à but non-lucratif qualifiée d'utilité publique. Son but est de veiller quotidiennement au bien-être, à la santé et à la sécurité des personnes.

L'établissement bénéficie d'une habilitation de l'aide sociale du Département. Le principe fondateur de cet EHPAD*, dès son ouverture en 1827, est d'accueillir et d'aider les personnes les plus démunies, sans ressources et sans domicile. Il obtient le statut d'utilité publique par ordonnance royale en 1847. C'est en 1958 que cette institution devient « maison de repos Terre Negre », c'est-à-dire un établissement réservé à l'hébergement et à la prise en soin des personnes âgées.

Il tire son nom du quartier historique de Bordeaux dans lequel il se situe « TERRE NEGRE » qui fait référence à une ancienne nécropole gallo-romaine où était pratiquée l'incinération ce qui donnait une zone avec une terre de couleur noire dit en latin « TERRA NEGRA ».

C'est en 2003 qu'il devient un EHPAD* en signant une convention avec le Conseil général de la Gironde et la DDASS. En 2018, il est la première structure à signer une convention avec l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine pour un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conduit jusqu'à 2022.

Depuis 2019, l'EHPAD* se lance dans une rénovation architecturale des différents pavillons. Pelleport étant le premier bâtiment totalement fini, contient une thématique artistique par étage ainsi qu'une couleur qui lui est propre. Le 1er étage a comme thème la peinture, le 2e, la musique et le 3e, la littérature*. Chaque couloir est nommé comme une rue ou une avenue. Les salons sont devenus des places avec un nom en lien avec la thématique de l'étage comme rue des violons ou place François Mauriac (écrivain bordelais). Le but est de détruire l'image d'une institution que certains peuvent assimiler à un hôpital, de rendre ce lieu de vie plus chaleureux. Le second objectif de ce changement est d'aider à maintenir l'autonomie en aidant les résidents à mieux se situer dans cet immense espace.

2.1.1.2 Le personnel

Cet EHPAD*, étant un énorme établissement, exige beaucoup de logistique et d'employés aux métiers et missions complètement différents. L'ensemble de ces salariés sont répartis en plusieurs pôles :

- Le pôle administratif
- Le pôle hôtellerie et restauration
- Le pôle service technique
- Le pôle qualité
- Le pôle de vie sociale
- Le pôle soins médicaux et paramédicaux.

En tant que futures art thérapeutes, nous sommes principalement en contact avec le pôle soin médical et paramédical qui est composé de 3 médecins gériatres, plus d'une centaine d'infirmiers, aides soignants et assistants de soins, ainsi que 3 kinésithérapeutes, plusieurs ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et 3 psychologues cliniciennes. Il y a aussi 3 secrétaires médicales, 1 pharmacien et 3 préparateurs en pharmacie.

On trouve une présence constante de la plupart des métiers du médical, présent de jour comme de nuit dans l'établissement. Même si l'établissement est immense et qu'il y a énormément d'employés, chaque étage a son équipe, tout le monde connaît tout le monde, ce qui permet une vraie écoute et lui confère un aspect très humain et bienveillant.

L'autre acteur avec qui nous pouvons partager régulièrement est le pôle de vie sociale où l'on trouve un coordinateur et 3 animateurs ainsi que des services civiques, stagiaires, et alternants de diverses formations. Ils jouent le rôle d'intermédiaires entre les différents autres corps de métiers et les résidents. Ils sont véritablement aux petits soins avec eux, à l'écoute de leurs besoins et de leurs demandes. Ils organisent tous les jours des activités pour égayer le quotidien des résidents. Chaque animation est conçue pour ne pas être qu'occupationnelle, mais pour faire réfléchir, jouer, créer ou faire vivre des expériences inédites aux habitants.

Au sein de l'EHPAD*, se trouve les locaux de la MAATA (Maison des Arts et des Art Thérapeutes d'Aquitaine), ce qui permet aux résidents de pouvoir bénéficier de l'activité de

plusieurs arts-thérapeutes dans l'établissement qui sont vraiment considérés comme un membre de l'équipe paramédicale. Ils travaillent en collaboration avec les psychologues, les infirmières, les aides-soignants, les ergothérapeutes et le PASA*. Tous sont conscients que la pratique de l'art plastique peut mettre en relief des difficultés qui ont pu leur échapper ou une évolution des problématiques des habitants ainsi que les soulager pour atteindre un mieux-être.

2.1.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique

C'est un travail collaboratif en adéquation avec la mission de l'établissement qui est « *de veiller quotidiennement au bien-être, à la santé et à la sécurité des personnes qui y résident [...].* » afin de proposer un plan de soins individualisés.

Nous recherchons le bien-être de la personne en lui apportant un mieux-être grâce à l'art-thérapie. Pour cela, nous décidons de l'objectif thérapeutique à atteindre avec des objectifs intermédiaires propres à chacun. Ils sont définis à partir des forces spécifiques de la personne, pour lui permettre de se rendre compte de ses qualités et ses capacités.

Notre objectif général est défini à partir de la demande du patient. Pour notre étude, le but était de retrouver un sentiment de mieux-être. Nous devons donc baisser le degré d'anxiété et/ou de dépression de nos patients, restaurer l'estime de soi et retrouver un moment de plaisir ensemble.

2.1.3 Schémas utilisés

Pour évaluer l'impact de notre accompagnement sur nos patients, nous utiliserons deux échelles:

- Pour Monsieur, nous coterons le trouble anxieux avec l'échelle d'anxiété d'Hamilton. Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 / 56, selon Hamilton, 1959 (cf. Annexe 3, p62).
- Pour Madame, nous évaluerons la dépression généralisée avec l'échelle de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS*). Un total supérieur de 20 / 30 est généralement considéré comme anormal. Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave selon Montgomery & Asberg, 1979 (cf. Annexe 4, p63)

Nous ferons passer ces tests à la suite de l'entretien individuel et après la dernière séance d'art-thérapie ainsi, nous pourrons observer s'il y a eu ou non une amélioration.

Aucun item n'a été modifié, car les passations ont été réalisées par la psychologue des patients travaillant dans l'EHPAD*. Ne pas modifier les items permet de conserver une rigueur scientifique.

De plus, nous compléterons par une grille d'observation et une auto-évaluation afin de bien comprendre notre impact.

2.1.4 Choix des patients pour l'étude

Il est important de préciser les critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude.

Les critères d'inclusion sont d'être en couple avant l'entrée en EHPAD*, d'être tous deux dans l'EHPAD*, d'être atteint de trouble anxieux et/ou dépressif, de ne pas avoir passé le processus d'institutionnalisation.

Les critères d'exclusions sont de ne pas avoir de motivation pour participer à des séances d'art-thérapie et d'avoir des troubles cognitifs* moyens à sévère.

À la suite du décès d'un habitant juste avant le début des séances, nous ne retiendrons qu'un seul couple, Monsieur et Madame L.

2.1.5 Stratégies thérapeutiques et besoins des patients

La structure accueillant une association d'art-thérapeutes est habituée à ce métier, il n'est donc pas nécessaire de présenter l'art-thérapie à l'équipe pluridisciplinaire.

Nous avons choisi Monsieur et Madame L en accord avec la psychologue qui valide chacun des éléments de cette étude.

Nous avons procédé à un entretien individuel avec Monsieur ainsi qu'avec Madame afin de procéder à l'anamnèse* et de définir leurs attentes, leurs besoins ainsi que leur médium de prédilection, nous détaillerons cet échange plus bas.

Ayant accès au logiciel Net.Soin qui regroupe le dossier administratif et médical ainsi que l'ensemble de la prise en soin du résident. Nous avons pu en parallèle recueillir des données

essentielles pour compléter notre connaissance du patient afin d'assurer une prise en soin des plus pertinente.

Une connaissance approfondie du patient est essentielle. Elle nous permet d'établir des objectifs thérapeutiques des plus justes, ainsi que d'établir le choix de la technique et des ateliers à partir des goûts et/ou de la culture du patient.

Nous prenons le temps de bénéficier régulièrement de temps d'échange avec la psychologue pour discuter de nos ressentis et d'observations qu'il nous arrive de partager avec la famille des patients, ici particulièrement leur fils.

2.1.6 Durée de la recherche

La recherche a débuté le 21 novembre 2023 et s'est terminée le 20 février 2024.

2.1.7 Retombées attendues

Le but de cette étude est large. Nous attendons de voir une réelle évolution pour le patient. Nous souhaitons améliorer son bien-être en diminuant les troubles dépressifs et/ou anxieux. Nous espérons que nos séances amènent, au couple, un retour du plaisir et un sentiment de mieux être dans leur quotidien au sein de l'établissement.

Si les résultats escomptés se réalisent, nous pouvons alors envisager dans le futur de proposer à de nouveaux couples des séances d'art-thérapie dès leur entrée dans l'EHPAD* afin de prévenir le risque d'apparition d'un trouble dépressif et anxieux. Nous souhaitons ainsi faciliter le processus d'institutionnalisation et la création des relations avec l'équipe pluridisciplinaire pour optimiser l'intégration.

2.1.8 Organisation des séances

Les ateliers s'organisent selon les besoins, la disponibilité et les souhaits de nos patients.

En accord avec le couple que nous suivons ici, les séances s'effectueront ensemble une fois par semaine, les mardis à 16 h 30 après le goûter. En effet, Madame a exprimé le besoin de faire la sieste après le repas jusqu'à 16 h moment où les aides-soignantes interviennent pour la lever et l'habiller.

Les ateliers doivent s'effectuer dans un endroit sûr afin de ne pas déclencher d'anxiété. Ils auront lieu dans la chambre de Monsieur afin de faire sortir Madame de son lit et de sa chambre. Les chambres sont face à face, le couple a l'habitude de se retrouver dans la chambre de Madame. Ils expriment, aussi, préférer rester dans un endroit qu'ils connaissent plutôt que de descendre pour l'atelier dans une salle à manger où s'effectuent des ateliers au bénéfice d'autres habitants.

Chaque session est réalisée uniquement lorsque les patients sont disponibles, nous restons flexibles sur le maintien de la séance et sur sa durée si elle a lieu. Le but principal étant que les patients apprécient le moment passé. Il n'est pas question de les forcer ou de ne pas les écouter car c'est un public très fatigable. Nous pensions effectuer 12 séances, nous avons pu en réaliser 7.

Au début des séances nous laissons un temps de parole ouvert pour comprendre l'état émotionnel, psychique et physique de nos patients. Ces temps de bienveillance nous permettent de pouvoir renforcer l'alliance thérapeutique*, de mieux appréhender la session et le cas échéant d'adapter les possibilités au moment présent.

Puis nous effectuons la séance sur une thématique précise toujours avec un fond musical qui aide la personne à se recentrer sur soi et à mieux se concentrer. Ce moment fait véritablement partie des séances et devient un rituel thérapeutique.

Avant de finir nous reprenons un temps d'échange qui nous renseigne sur le ressenti et l'humeur de la personne ce qui nous permet de réaliser une auto-évaluation. De plus, nous rappelons le nombre de séances restantes pour que le jour de la dernière séance arrive en douceur et ne devienne pas anxiogène. Nous insistons sur le fait que l'art-thérapie est proposée au sein de l'EHPAD*, et peut être poursuivie après la fin de cette étude.

2.1.9 Evaluation des séances

Nous avons décidé de procéder à plusieurs façons d'évaluer notre recherche.

Une auto-évaluation rapportée est mise en place afin de recueillir le ressenti du patient sur sa séance.

Auto Evaluation					
Items	1 (Très négatifs)	2 (Négatifs)	3 (Moyen)	4 (Positif)	5 (Très positif)
Humeur : début					
Humeur : fin					
Plaisir					
Technique					
Content de soi					
Signature					

Nous évaluons ensemble l'humeur au début et à la fin de la séance afin de voir s'il y a eu une amélioration.

L'item « plaisir » sert à évaluer la prise de plaisir que le patient ressent à effectuer la séance. « Technique » est pour estimer s'il apprécie la manière de faire. « Content de soi » juge le sentiment d'estime de soi après avoir atteint l'objectif. « Signature » évalue si la personne est fière de sa production et donc prête à la montrer à autrui.

Pour chaque séance nous remplissons juste après une grille d'observation propre à l'habitant (cf. Annexe 5, p64). Cette grille nous sert à récolter des mesures quantitatives et qualitatives.

Le but avec cette grille est de réaliser l'évaluation des objectifs secondaires.

Pour l'objectif « Prendre du plaisir » nous cherchons à déterminer le niveau d'acceptation de la personne de réaliser quelque chose qui n'est pas forcément réaliste, ici appelé « abstrait ». Nous regardons l'acceptation de l'inconnu c'est-à-dire, si la personne est capable de réaliser les productions sans possibilité de se projeter sur le résultat, sans connaître la technique, ce qui nous permet d'évaluer son niveau de rigidité qui peut impacter sa prise de plaisir. Cette prise de plaisir peut se manifester de deux façons par la parole et par le non verbal que nous évaluerons avec l'expression du visage.

Pour l'objectif « Se sentir capable » nous cherchons à observer si la personne va faire un effort pour adapter sa praxie* à l'activité demandée. Si elle va se mettre en mouvement rapidement en arrivant à l'atelier. De plus, nous regardons si la personne se valorise pour s'encourager à créer ou si au contraire, elle se dénigre. Evaluer la capacité de prise de décision permet d'améliorer l'impression du patient d'être capable. Et le dernier point nous permet de voir sa gestion de la fatigue, le patient peut beaucoup s'en plaindre et faire arrêter la séance ou l'oublier en étant concentré.

Le dernier objectif est « Lien social », le but est ici d'analyser la relation du couple, la densité de leur interaction et si chacun arrive à s'individualiser dans l'atelier. L'autre pan de cet objectif est d'évaluer leur intégration à l'EHPAD*, est ce qu'ils expriment l'envie de s'investir en participant à l'atelier ou en voulant exposer leurs œuvres ? Nous regardons aussi l'intensité des interactions avec l'art-thérapeute, ce qui participe à travailler sur leur lien social avec l'institution.

2.2 Méthodes

2.2.1 Etude de cas de Monsieur L

2.2.1.1 Anamnèse

2.2.1.1.1 Analyse de la situation d'entretien

Cet entretien n'est pas à l'origine de monsieur. Nous l'effectuons, car nous souhaitons l'intégrer à notre étude. Il accepte étant curieux de découvrir l'art-thérapie. Monsieur est arrivé dans l'EHPAD* avec Madame le 07/06/2023 c'est récent et semble encore dans le processus d'institutionnalisation.

2.2.1.1.2 Recueil d'éléments biographiques

Monsieur est très pudique, nous n'avons donc pas vraiment d'informations sur son enfance. Il parle cependant de celle de sa femme. Nous savons qu'il est né le 02/01/1926 et a grandi au bord de l'Adour dans le sud-ouest de la France. Il nous apprend qu'il vient d'une famille modeste, très croyante plutôt heureuse. Le seul moment difficile qu'il évoque fut la guerre, mais reste discret sur les difficultés qu'elle a engendrées dans sa vie. Il rencontre sa femme lors d'une colonie de vacances qu'ils encadrent en 1952. Ils vont devenir bons amis avant de se marier en 1954. Il décrit leur relation comme étant paisible, basée sur la communication et le respect de chacun. Ils se retrouvent autour de la religion qu'ils pratiquent consciencieusement et l'amour de leur métier. Monsieur a été instituteur comme Madame puis elle est devenue directrice d'école. Ils ont ensemble un fils, ils pensent ne pas avoir été les parents parfaits, mais ont toujours été dans l'écoute et semblent très complices avec celui-ci. Leur fils est très présent dans leur vie, il leur rend visite plusieurs fois par semaine dans l'EHPAD*. Il fut à l'origine de

leur placement dans la structure, car Monsieur était fatigué d'être l'aidant de Madame, ce qui poussait leur fils à faire beaucoup d'aller et retour entre Bordeaux, son lieu de vie, et le lieu de vie de ses parents Mont-de-Marsan. Le couple semble aussi très proche de leurs petits enfants et de leur belle-fille.

Nous avons pu constater que Monsieur ainsi que Madame ont un cercle social important, ils ont des visites régulières ou des appels téléphoniques.

2.2.1.1.3 Pathologie

Monsieur présente une hypertension ainsi qu'une fibrillation auriculaire qui se traduit par une cadence anarchique du rythme cardiaque. Cette pathologie traitée n'entache pas la vie quotidienne de Monsieur. Son oreille gauche n'est plus fonctionnelle alors que son oreille droite est équipée d'un appareil auditif. Cette perte d'audition peut nuire à l'échange et à la compréhension de Monsieur. Il peut regretter de ne pas pouvoir vraiment participer aux conférences essentiellement en raison de ce problème.

Malgré son vieillissement, Monsieur n'a pas de difficulté majeure à se déplacer dans un espace restreint, un déambulateur suffit. Il lui faut un fauteuil pour les plus longs trajets ce qui n'est pas nécessaire pour notre étude.

Nous pouvons aussi noter qu'il présente un score de 29/30 au MMS*, ce qui signifie qu'il n'a pas de trouble cognitif*.

Traitement médicamenteux :

Médicaments	Action	Effets secondaires
Xarelto	Traite les thromboses veineuses et l'embolie pulmonaire	Epistaxis, saignement gingival, gastro-intestinal, génito-urinaire, et des anémies
Esoméprazole	Traite les brûlures d'estomac	Sécheresse de la bouche, augmentation dans le sang des enzymes du foie, éruptions cutanées, urticaire et démangeaisons

Aldactone	Diminue les pertes de potassium causées par certains médicaments ou pour l'insuffisance cardiaque	Augmentation du volume des seins chez les hommes, intolérance digestive, trouble des règles ou de l'érection, somnolence, crampes, hépatite, éruption cutanée potentiellement grave
Forxiga	Traite l'insuffisance cardiaque	Infection génitale ou urinaire, vertiges, mal de dos, envie fréquente d'uriner, éruption cutanée, constipation, bouche sèche, démangeaisons génitales, perte de poids.
Seresta	Anxiolytique	Sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence, ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, visions double.
Lasilix	Traite l'hypertension	Apparition de petites taches rouge-violettes sur la peau, inflammation et altération des vaisseaux sanguins, fourmillements, troubles digestifs (nausées, vomissement, diarrhées)
Imovane	Somnifère	Agitation, cauchemars, irritabilité, sensation d'ivresse, maux de tête, nausées, fatigue, amnésies antérograde, irritabilité, agressivité, hallucinations, éruption cutanée, démangeaisons, urticaire, troubles de la libido, essoufflement, chute

La connaissance des médicaments nous permet de mieux comprendre pourquoi Monsieur a besoin d'avoir son verre d'eau à ses côtés et d'avoir des toilettes à proximité, disponibles pour lui.

2.2.1.1.4 Evaluation clinique du fonctionnement du sujet

Monsieur présente une humeur stable, plutôt joyeuse. Cependant, nous pouvons remarquer une personnalité anxieuse, ses peurs peuvent l'amener à adopter un comportement contrôlant et rigide. Une fois mis en confiance monsieur peut sans soucis être confronté à une situation inconnue. Il va toutefois préférer poser des questions ou demander des explications afin d'être rassuré.

Suite à sa perte d'autonomie, Monsieur, se voit comme n'étant plus capable de faire ou de bien faire, mais accepte d'essayer de nouvelles choses qui le mettent au défi. Le deuil de performance parfaite a été réalisé avec l'aide de la psychologue.

Pour ce qui est de son couple, Monsieur est conscient qu'ils ne sont pas éternels. Il se dit « mauvais chrétien », car il espère vivre le plus longtemps possible auprès de sa femme. Il se considère chanceux d'avoir pu être aussi heureux en amour, considérant l'envie d'avoir une famille aimante comme le plus important. Il est fier d'avoir su construire une relation aussi forte avec leur fils qui reproduit ce schéma.

2.2.1.1.5 Relation avec l'art-thérapie

Monsieur ne connaissait pas l'art-thérapie. Mais à la découverte de la définition, il a été tout de suite intéressé, curieux d'expérimenter et d'en comprendre l'intérêt. Il se dit apprécier l'art, la peinture, et la musique. Il précise ne jamais avoir cherché à développer ses capacités artistiques n'étant pas doué enfant dans le domaine de l'art.

2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques

Objectif Principal :	Diminuer l'anxiété de Monsieur								
Objectifs secondaires	Prendre du plaisir			Se sentir capable			Lien social		
Objectifs intermédiaires	Lâcher prise	Emerveillement	Plaisir	Prise de décision	Dominer la fatigue	Praxie	Passer un temps qualitatif avec sa femme	Créer du lien avec L'EHPAD	Sortir de la relation duel

2.2.1.3 Séances d'art-thérapie

Après le premier entretien qui fut individuel pour procéder à la présentation de l'art-thérapie et à l'anamnèse*, nous avons eu 7 séances d'art-thérapie.

Nous avons rencontré quelques difficultés à maintenir les séances, nous devions en proposer 12 initialement. En effet, nous mettons un point d'honneur à rester flexible sur la teneur de la séance ainsi que sur l'atelier proposé et la durée de celui-ci. L'objectif majeur de notre démarche est d'amener un mieux être à la personne, nous restons donc soumis au souhait de notre patient. Nous avons donc dû reporter plusieurs fois nos entrevues en raison de l'état de santé de Monsieur. Un échange individuel à mi parcours des ateliers a été effectué afin de s'assurer de son souhait de continuer. Monsieur nous a fait part de sa motivation à poursuivre et de sa satisfaction à participer aux séances en expliquant les bienfaits qu'il observait sur lui et sur Madame.

Nous avons fait réaliser 3 productions à Monsieur sur la totalité des séances.

La technique du pochoir a constitué nos deux premières séances. Elle permet de créer l'émerveillement chez la personne ce qui nourrit facilement l'impression d'être capable de suivre une séance et de la réussir. La notion de prise de décision est fortement travaillée avec le choix du motif et de trois couleurs sur la vaste palette présentée. Nous demandons d'utiliser une éponge ce qui enlève la supposée peur du pinceau et demande une praxie* particulière. Il faut faire preuve de lâcher prise, car on mélange les couleurs et on ne respecte pas les éléments du dessin. Par exemple, si le pochoir est une fleur, on ne se préoccupe pas des différents éléments qui la composent tout est peint de la même façon avec une éponge.

Les habitants ont eu connaissance d'une exposition son et lumière dans la cathédrale Saint-André de Bordeaux. Malheureusement, cette animation n'est accessible qu'en soirée, les résidents n'ont pas pu s'y rendre en raison du règlement de l'établissement. Leur intérêt exprimé était porté sur les vitraux, nous avons donc créé la possibilité pour eux de fabriquer leur propre vitrail. Bon nombre de nos séances ont été consacrées à sa réalisation, il s'agit d'appliquer de la peinture sur la vitre d'un cadre. Cette activité leur a imposé de faire des choix sur le motif et les couleurs en mobilisant leurs facultés motrices essentielles pour réussir. La peinture sur le verre, nécessite une peinture spécifique, ce qui oblige à avoir un pinceau par couleur les contraignant à partager et à interagir entre eux, n'ayant pas accès à une grande gamme de

couleurs à disposition. Étant donné la valeur symbolique des vitraux pour eux, qu'ils définissent comme un art de prestige résonnant sur leur foi, monsieur a réussi à exprimer de la fierté grâce à l'accomplissement de cet atelier. Le jeu de lumière sur les couleurs est très intéressant, car il suscite de l'émerveillement.

La dernière séance a été consacrée à la création d'un arbre de vie. Nous n'avons utilisé qu'un crayon à papier à sa demande, car il souhaite le colorier seul pour prolonger les séances après la fin de l'étude. Cet atelier consiste à créer l'arbre qui représente leur vie de couple : les racines dépeignent tout ce qui a construit la relation ; le sol correspond à tout ce dont a besoin le couple et le nourrit. ; le tronc incarne les qualités et les forces de l'un et de l'autre. ; les branches sont les projets, les rêves, les espoirs, les accomplissements et les souvenirs ; les feuilles incarnent les personnes chères aux couples ; les fruits reflètent les cadeaux de la vie.

Chaque séance s'est effectuée sur un fond musical souvent de la musique classique comme Mozart, Beethoven ou Vivaldi. Grâce à la musique, j'ai développé une activité supplémentaire, sur l'écoute des rythmes et des instruments qui font appel à l'attention auditive et à la mémoire.

2.2.2 Etude de cas de Madame L

2.2.2.1 Anamnèse

2.2.2.1.1 Analyse de la situation d'entretien

À l'instar de Monsieur, Madame n'a pas choisi cet entretien qu'elle accepte néanmoins. En effet, son nom nous a été transmis dans les premiers par l'équipe pluridisciplinaire pour intégrer notre recherche. Elle est rentrée dans l'EHPAD* le 07/06/2023 avec son mari, mais ne manifeste que très peu son avancée dans le processus d'institutionnalisation et le deuil qu'il demande.

2.2.2.1.2 Recueil d'éléments biographiques

Madame est née le 18/03/1930 dans sa maison familiale à Mont-de-Marsan. Tout comme Monsieur, elle reste discrète sur son enfance. Nous savons qu'elle est fille unique et qu'elle n'a jamais manqué de rien.

Elle commence à encadrer les camps de vacances à Nogaro deux ans avant de rencontrer son mari. Elle a toujours aimé l'école et les enfants ce qui l'encouragea à devenir institutrice. Elle poursuivit sa carrière en devenant directrice. Elle eut une année compliquée à devoir tout gérer, car son mari est parti en stage à Bordeaux ne rentrant que les week-ends alors que leurs fils étaient en bas-âge.

Elle a toujours vécu dans la même maison ce qui provoqua un vrai déchirement lorsqu'il a fallu la quitter pour aménager au sein de l'EHPAD*. Elle a consenti à ce changement qui nous apparaît surtout impulsé par Monsieur et leur fils.

Elle manifeste un amour inconditionnel pour son fils, ses petits-enfants et arrières petits-enfants.

2.2.2.1.3 Pathologie

Madame présente un syndrome myélodysplasique apparu hors de l'établissement qui n'engage pas le pronostic vital de Madame. Elle a une hypertension traitée, des infections urinaires chroniques ainsi qu'une lombalgie ce qui la fait énormément souffrir. En raison de cette pathologie, Madame n'est pas autonome dans ses déplacements ni pour son quotidien. Ce qui suppose une aide particulière de la part des aides soignantes et un fauteuil pour tout déplacement.

Sur le plan cognitif*, Madame présente un score de 24/30 au MMS* ce qui signifie un léger trouble.

Un trouble dépressif lui a été diagnostiqué par la psychologue à son arrivée qui se traduit par une grande perte de l'élan vital et une fatigue chronique. Nous avons donc opté d'essayer d'apaiser ses symptômes lors de nos séances.

Traitement médicamenteux :

Médicament	Action	Effets secondaires
Perindopril	Dilate les vaisseaux sanguins, facilite le travail du cœur	Vertiges, fatigue, baisse de la pression artérielle
Movicol	Traite les symptômes de constipation	Diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissements, ballonnements, maux de tête, modification de la kaliémie
Sotalol	Traite les tachycardies	Troubles digestifs, fatigue en début de traitement, vertiges, maux de tête, sensation de mains et de pieds froids,

		crampes, ralentissement important du cœur, insomnie
Retacrit	Traite l'anémie symptomatique provoquée par une maladie des reins	Fatigue inhabituelle, vertiges, difficultés à respirer
Oxynormoro	Traite les douleurs sévère	Constipation, somnolence, nausées et vomissements, vertiges, prurit, maux de tête
Diclofénac	Traite les rhumatismes	Nausées et vomissements, diarrhée, ballonnements, constipation, douleurs abdominales, gastrite, aggravation d'une maladie inflammatoire chronique des intestins.
Oxycontin	Traite les douleurs intenses	Constipation, troubles sexuels, bouffissures, nausées, transpiration excessive, démangeaisons et somnolence

Au vu des traitements médicamenteux, nous pouvons mieux comprendre la fatigue que Madame exprime.

2.2.2.1.4 Evaluation clinique du fonctionnement du sujet

Nous constatons que Madame adopte un comportement très maternel et bienveillant avec les personnes qu'elle considère. Elle nous propose régulièrement bonbon, chocolat et verre de jus de fruits que nous refusons poliment malgré ses insistances. De plus, elle nous surnomme « petit » pendant tout le temps de nos rencontres. Nous pouvons penser que ce comportement est l'héritage de ses fonctions de mère et d'enseignante.

L'humeur de Madame est fortement impactée par son état de santé et sa pathologie dépressive. Elle peut manifester une très grande fatigue, ce qui engendre l'incapacité pour elle de sortir de son lit. Elle l'amène à exprimer son incapacité à faire sous couvert de son âge trop avancé.

Madame semble fortement influencée par Monsieur et leur fils. Elle sollicite souvent son mari pour tout type de décision ou action qu'elle doit effectuer. Elle nous paraît plus jouer un rôle de spectatrice dans sa vie que celui d'actrice. Nous pouvons supposer que cette situation s'est mise en place lors de sa perte d'autonomie longtemps compensée par Monsieur. Il nous paraît important de la remobiliser dans un processus de prise de décision.

2.2.2.1.5 Relation avec l'art thérapie

Madame est très enthousiaste à l'idée de faire de l'art-thérapie avec comme médium l'art plastique, car elle a peint plus jeune. Se remettre dans un mouvement créatif l'anime immédiatement même si au début, elle ne perçoit pas vraiment l'enjeu thérapeutique des séances. Tout comme Monsieur, elle est une amatrice d'art et de musique.

2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques

Objectif Principal :	Diminuer la dépression de Madame								
Objectifs secondaires	Prendre du plaisir			Se sentir capable			Lien social		
Objectifs intermédiaires	Lâcher prise	Émerveillement	Plaisir	Prise de décision	Dominer la fatigue	Praxie	Passer un temps qualitatif avec sa femme	Créer du lien avec L'EHPAD	Sortir de la relation duel

2.2.2.3 Séances d'art thérapie

À l'instar de son mari, nous avons procédé avec Madame à un premier entretien pour définir l'art-thérapie, ses demandes et ses besoins afin de constituer l'anamnèse*.

Nous avons procédé au même nombre de séances, à l'entretien de mi-parcours ainsi qu'aux ateliers de pochoir et de « vitrail » réalisés en commun avec Monsieur.

Certaines séances ont dû être reportées en raison de l'état de santé de Madame, mais aussi, parce que le couple a reçu des visites d'amis de façon improvisée. Lors de la dernière séance, Monsieur et Madame ont eu l'une de ses visites, s'en sont excusés, mais Monsieur a préféré effectuer la séance prévue ce qui explique pourquoi Madame n'a pas réalisé les 3 activités.

III. Résultats

3.1 Résultats de Monsieur L

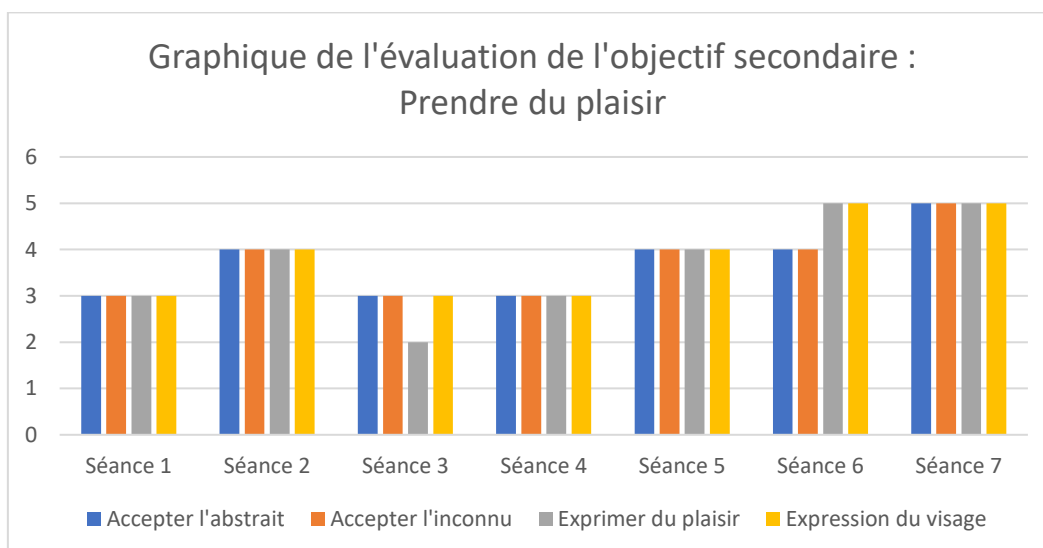
3.1.1 Echelle scientifiques : Echelle d'anxiété d'Hamilton

Tableau comparant les résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton obtenu par Monsieur (cf. Annexes 6, p 65).

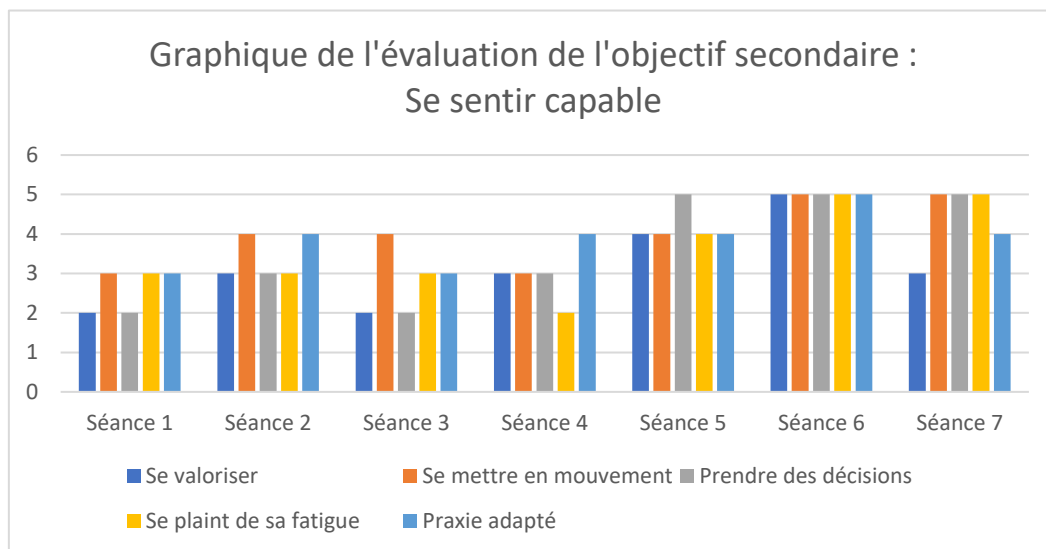
Items	Passation en novembre	Passation en mars
Humeur anxieuse	3	1
Tension	2	1
Peurs	2	1
Insomnie	3	0
Fonctions intellectuelles (cognitives*)	1	0
Humeur dépressive	1	0
Symptômes somatiques généraux (musculaires)	1	0
Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	1	0
Symptômes cardiovasculaires	1	0
Symptômes respiratoires	1	0
Symptômes gastro-intestinaux	2	0
Symptômes génito-urinaires	1	0
Symptômes du système nerveux autonome	1	0
Comportement lors de l'entretien	2	1
Total	22	4

Les deux passations ont été effectuées pré et post séances d'art-thérapies par la psychologue. Nous pouvons constater que Monsieur passe d'une anxiété significative avec un score de 22 à une absence de trouble anxieux avec un score de 4. Il reste donc quelques manifestations de l'anxiété de Monsieur, mais il y a une nette amélioration du trouble.

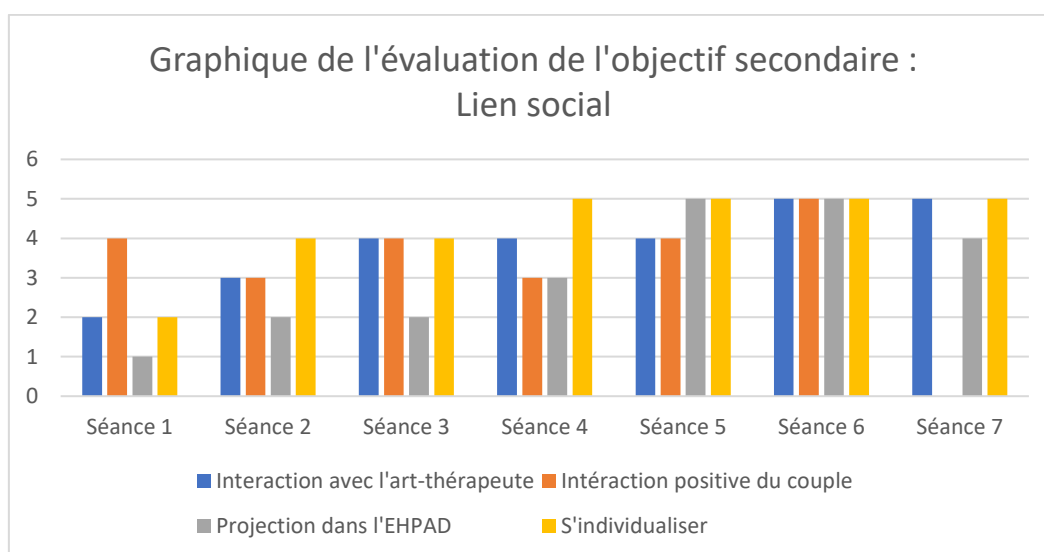
3.1.2 Grilles d'observation des séances



Nous pouvons observer que pour l'objectif secondaire « Prendre du plaisir » les items « accepter l'abstrait », « accepter l'inconnu », « exprimer du plaisir » et « expression du visage » suivent pratiquement les mêmes trajectoires. Nous pouvons constater une augmentation de tous ces items de la première et la dernière séance. Cependant, nous observons une baisse de l'évolution pour les séances 3 et 4 qui peut être expliquée par les soucis de santé rencontrés par Monsieur.



Nous pouvons voir que l'objectif secondaire « Se sentir capable » s'est amélioré dans l'ensemble en comparant la séance 1 et la séance 7. Cependant, l'item « se valoriser » oscille entre les séances, l'augmentation la plus grande est due à la réalisation du « Vitrail ». La plus basse donnée de cet item peut s'expliquer, car nous lui avons demandé de réaliser les cernes du « Vitrail » ce qui a été un exercice difficile. Les items « se plaint de sa fatigue », « prendre des décisions », « praxie adaptée » et « se mettre en mouvement » suivent l'état de santé de Monsieur ainsi que sa satisfaction à réaliser les séances.



L'item « interaction positive du couple » n'est pas présent à la séance 7 de Monsieur, car Madame n'était pas présente en raison de la visite d'amis. Nous pouvons voir que cet item oscille, ce qui peut être expliqué par une bonne entente du couple existante avant les séances d'art-thérapie. Ce résultat peut être dû à la concentration de Monsieur et à l'état de fatigue de celui-ci. Les items « interaction avec l'art-thérapeute » et « s'individualiser » sont en constante amélioration. Pour ce qui est de l'item « Projection dans l'EHPAD », on peut noter qu'il survient surtout à la fin de l'activité « Vitrail » et correspond au moment où Monsieur a décidé d'installer sa production dans sa chambre une fois finie. Nous pouvons constater que dans l'ensemble l'objectif « Lien social » s'est amélioré significativement.

3.1.3 Auto-évaluation

Auto-évaluation de Monsieur							
Items	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
Humeur : début	3	4	4	2	3	4	4
Humeur : fin	4	4	4	3	4	5	5
Plaisir	4	4	3	3	4	5	5
Technique	3	3	2	4	4	4	5
Content de soi	3	3	1	3	4	5	4
Signature	2	3	2	3	4	5	4

Nous pouvons penser au vu des auto-évaluations de Monsieur qu'il a des préférences d'atelier ce qui explique les résultats. D'autre part, nous constatons qu'une séance a été plus difficile pour lui en raison de son état de santé. Dans la globalité Monsieur a apprécié les séances, il a pris du plaisir et elles lui ont apporté un bien-être.

3.1.4 Bilan

La prise de soin de Monsieur a été efficace au vu des résultats. En effet, la psychologue établit la conclusion lors de la passation pré et post séances d'art-thérapie, que le trouble anxieux de Monsieur a disparu. Elle score la passation de novembre à 22 et celle de mars à 4, ce qui veut

dire passer d'un trouble anxieux significatif à une absence de trouble même s'il reste quelques angoisses.

Les auto-évaluations de Monsieur montrent une évolution entre la première séance et la dernière. Nous pouvons constater que les plus grandes améliorations sont pour les items « technique », « content de soi » et « signature ». Ce qui peut signifier que Monsieur a pris confiance en ses capacités, en soi et est devenu fier de lui.

La grille d'observation a pu nous montrer une forte amélioration des objectifs secondaires. L'objectif « Prendre du plaisir » est celui qui a une évolution la plus importante. Pour les objectifs « Lien social » et « Se sentir capable » nous pouvons aussi constater une nette augmentation des résultats, même s'il y a eu des oscillations présentes dans les items d'évaluation.

Au regard des trois types d'évaluations, nous pouvons dire que les séances d'art-thérapie ont su apporter un mieux-être à Monsieur.

3.2 Résultats de Madame L

3.2.1 Echelle scientifiques : Echelle de la MADRS*

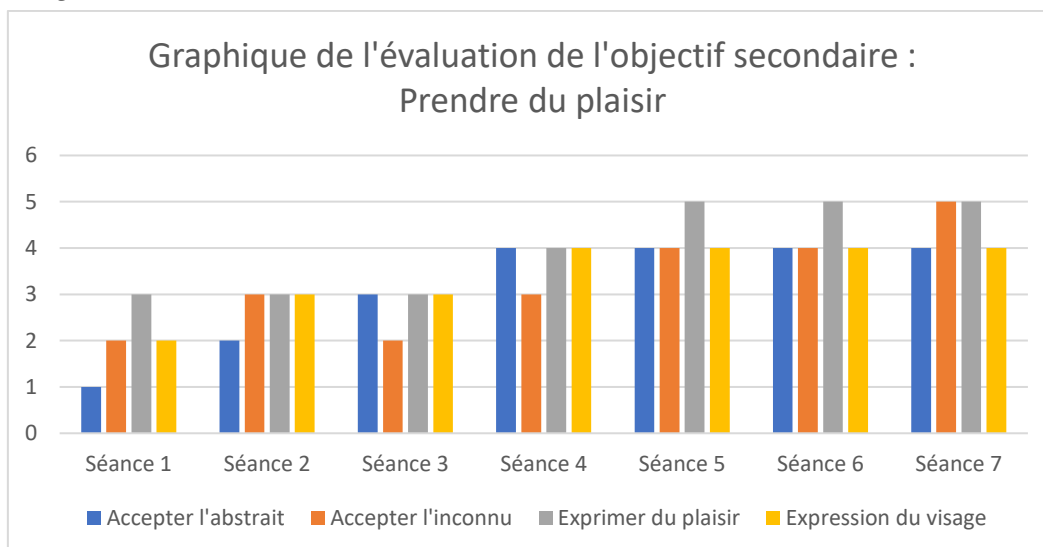
Tableau comparant les résultats de l'échelle de la MADRS* obtenu par Madame (cf. Annexes 7, p 66).

Items	Passation en novembre	Passation en mars
Tristesse apparente	6	2
Tristesse décrite	4	0
Tension intérieure	2	2
Sommeil réduit	0	0
Appétit réduit	2	2
Difficultés de concentration	4	2
Lassitude	4	2
Incapacité à ressentir	4	2
Pensées pessimistes	2	2
Pensées suicidaires	4	2
Total	32	16

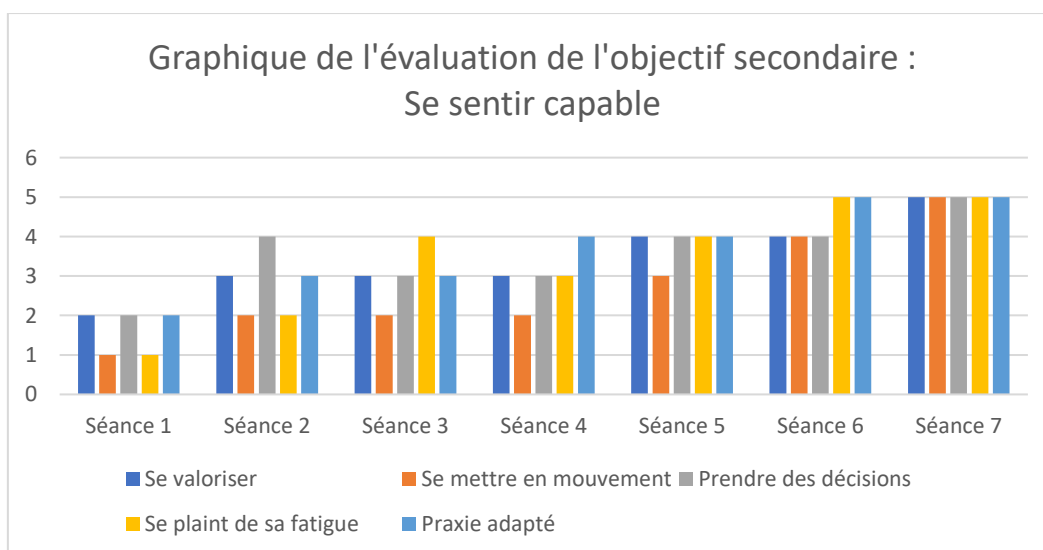
Tout comme pour Monsieur, les deux passations ont été effectuées pré et post séances d'art-thérapies par la psychologue. Nous pouvons constater que Madame passe d'une dépression

sévère avec un score de 32 à une absence de dépression avec un score de 16. Il reste donc quelques manifestations de la dépression de Madame, mais une nette amélioration du trouble est remarquable.

3.2.2 Grilles d'observation des séances

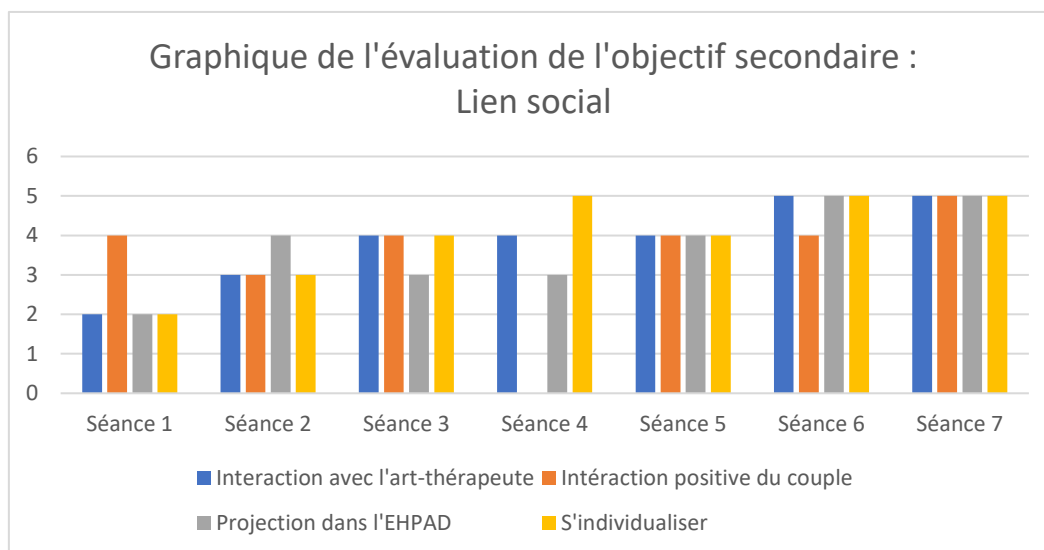


Grâce à ce graphique, nous pouvons constater que les 4 items qui constituent l'évaluation de l'objectif secondaire « Prendre du plaisir » ont été améliorés au fil des séances. L'item « accepter l'abstrait » est celui qui a le moins évolué. L'item « accepter l'inconnu » nous montre qu'à chaque début d'une nouvelle production Madame a des difficultés à l'accepter avant d'être mise en confiance ce qui l'aide à l'accepter. Pour les items « exprimer le plaisir » et « expression du visage » nous pouvons voir une amélioration constante au fil des séances.



Les 5 items, « Se valoriser », « se mettre en mouvement », « prendre des décisions », « se plaint de sa fatigue » et « praxie adaptée » suivent des trajectoires pratiquement similaires avec une

amélioration progressive au cours des sessions et significative lors de la dernière séance. Nous pouvons donc admettre que l'objectif secondaire « Se sentir capable » a été largement amélioré.



Madame a effectué une séance sans son mari ce qui explique l'absence de donnée à la séance 4 de l'item « interaction positive du couple ». Nous pouvons noter cependant que cet item a toujours été bon, comme pour Monsieur. Pour ce qui est des items « interaction avec l'art-thérapeute » et « s'individualiser » permettent de révéler une amélioration constante. L'item « projection dans l'EHPAD » évolue, mais uniquement lorsque Madame commence à apprécier son travail et désire l'introduire dans sa chambre.

3.2.3 Auto-évaluation

Auto-évaluation de Madame							
Items	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
Humeur : début	3	3	3	4	2	4	4
Humeur : fin	4	4	4	4	3	4	5
Plaisir	3	4	4	4	4	5	5
Technique	2	3	4	4	4	4	4
Content de soi	4	4	4	4	4	5	5
Signature	3	4	4	4	3	4	5

A l'instar de Monsieur, Madame a énormément aimé l'activité « Vitrail » et a toutefois ressenti de l'inquiétude pour son mari et a aussi été malade ce qui explique les résultats

obtenus. Dans l'ensemble nous pouvons aussi dire que les séances d'artthérapie lui ont apporté du bien-être.

3.2.4 Bilan

La prise en soin de Madame, au vu des résultats des trois regards celui de l'habitante, de la psychologue et de l'art-thérapeute, nous montre une amélioration de son bien-être.

Nous pouvons constater que la psychologue a démontré une évolution significative de la dépression de Madame, passant d'une dépression sévère à une dépression subclinique, c'est-à-dire que certains symptômes sont toujours présents, constants ou améliorés. En effet, elle passe d'un score de 32 à 16 suites aux séances.

L'habitante a, elle aussi, réussi à constater une amélioration avec ses auto-évaluations. Nous pouvons noter une évolution flagrante entre la première et la dernière séance dans sa prise de plaisir, sa satisfaction d'elle même et sa fierté.

La grille d'observation permet aussi de nous faire comprendre l'évolution des objectifs secondaires. Tous les objectifs travaillés « Prendre du plaisir », « Se sentir capable » et « Lien social » ont tous montré les progrès que Madame a effectués avec les séances d'art-thérapie que nous lui avons proposées.

IV. Discussion

4.1 Apports et bénéfices de l'étude

4.1.1 L'attrait scientifique

Nous avons choisi de faire nos évaluations avec l'échelle de MADRS* et l'échelle d'Hamilton, car elles sont toutes les deux reconnues et approuvées par la littérature* et la communauté scientifique.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton est une échelle de 14 items qui permet de mesurer la sévérité des symptômes anxieux chez un patient. Elle peut être utilisée dans l'évaluation d'une personne âgée*. Elle est à l'initiative de Max Hamilton en 1959 et est aujourd'hui validée dans de nombreuses langues.

L'échelle MADRS* est, composée de 10 items, elle peut être utilisée pour évaluer la sévérité de la dépression chez les patients, mais aussi pour mesurer les changements apportés par un traitement de la dépression, ici par l'art-thérapie. Cette échelle est mise au point par

Montgomery et Asberg en 1979, et, tout comme notre autre échelle, elle est très utilisée et validée dans de nombreuses langues.

De plus, nous avons décidé de ne pas modifier les critères d'évaluation et de faire réaliser les passations par la psychologue de l'établissement pour garder une justesse scientifique. N'ayant pas de formation clinique, l'art-thérapeute n'est pas en capacité de faire passer les échelles telles qu'elles ont été validées. Il doit, s'il veut les utiliser, reformuler des items. Cependant, les items n'ont pas été choisis au hasard, ils ont été validés de façon scientifique. Pour faire passer ces deux échelles, il est préférable de connaître les patients afin de pouvoir noter au mieux les items, faire faire les passations par leur psychologue est donc un plus. D'autre part, la clinicienne n'est pas intervenue auprès de nos patients entre les cotations des échelles afin d'éviter de biaiser les résultats finaux.

Nous n'avons pas trouvé de mémoire similaire au nôtre concernant le couple en EHPAD*. Cependant, nous avons eu connaissance de beaucoup de mémoires traitant de l'anxiété et de la dépression par l'art-thérapie avec comme médium les arts plastiques dans un EHPAD*. Ce qui nous permet d'affirmer que l'art-thérapie est une fois de plus efficace et amène un nouveau prisme pour la science avec la prise en soin d'un couple. Nous pensons que cette problématique va être de plus en plus récurrente dans ces établissements étant donné le vieillissement de la population comme vu plus haut (DREES, 2022). Le fait de prouver l'efficacité de l'art-thérapie une fois de plus, nous fait espérer voir une évolution dans sa prescription. La prise en soin par cette thérapie pourrait être pratiquement systématique pour les personnes en souffrance dans les EHPAD*. Cette méthode innovante est l'une des rare non-médicamenteuse et sans effet secondaire qui prouve sans conteste pouvoir amener un mieux être à la personne.

4.1.2 Réflexions sur les résultats obtenus

Nous pouvons nous dire que nous avons réussi à faire baisser le niveau d'anxiété de Monsieur et le niveau de dépression de Madame grâce à plusieurs facteurs. Créer permet, on peut le supposer tout comme la musique, d'activer le circuit dopaminergique, qui est l'hormone du plaisir, ce qui va induire une réponse dans le SNC* tel que l'explique Benac dans sa thèse en 2022. D'autre part, produire une œuvre améliore le fait de se sentir capable ce qui permet à la personne de ré-appréhender sa position sociale. En effet, Bertrand en 2022, nous indique que la personne âgée* se voit comme étant inutile pour la société ce qui contribue à son trouble

dépressif et/ou anxieux. Nous pouvons nous dire que créer permet de reprendre confiance en ses capacités.

Accepter le lâcher prise comme on l'entend dans notre étude, permet de travailler sur la rigidité de la personne. Lors d'une situation rencontrée dans la vie quotidienne, qui ne peut être contrôlée par l'habitant, peut amener du stress. Certaines personnes peuvent alors adopter une position rigide face à cette situation. Nous utilisons l'émerveillement pour plusieurs choses, ce sentiment nous permet de faire adhérer la personne aux séances, de lui procurer du plaisir, et en cascade de l'amener à exprimer de la fierté.

Savoir prendre des décisions en atelier d'art-thérapie peut être rapporté à la vie quotidienne (Fantini-Hauwel & al., 2014). La personne âgée* en EHPAD* est amenée par l'organisation de la structure à ne plus prendre de décision. Cet exercice peut s'avérer être très difficile au début, puis au fil du temps et d'entraînement le patient reprend le contrôle sur ses agissements et apprend à se décider (Evers, 2021) . Se sentir capable fait grandir la confiance en soi qui est l'un des piliers pour développer une bonne estime de soi. Améliorer sa confiance en soi permet d'améliorer l'affirmation de soi, nous avons pu constater par une anecdote l'effet bénéfique de ce mécanisme. Madame a réussi à formuler son souhait de ne pas aller fêter Noël en famille parce qu'elle ne se sentait pas assez en forme pour supporter un long repas avec beaucoup de bruit. Son fils et Monsieur ont essayé de la convaincre de venir avec eux. Les équipes attentives au désir de Madame l'ont soutenue, elle a pu réaffirmer son envie et ainsi rester dans sa chambre.

La praxie* demande une capacité cognitive* et moteur adaptée. Faire travailler cette capacité nous permet de faire reprendre confiance en se sentant capable de faire quelque chose d'inimaginable jusqu'à lors. Une fois de plus le travail sur la confiance en soi et la confiance en ses capacités, contribue à ce que la personne évite de se sentir incapable de faire et inutile à la société.

La fatigue peut être un problème à cet âge, elle peut submerger la personne ce qui peut lui donner l'impression d'incapacité. L'intérêt de l'art-thérapie est de réussir à mettre en mouvement le patient et lui prouver que malgré ses difficultés, il peut faire. D'autre part, si l'activité plaît à l'habitant, nous constatons qu'il va oublier sa fatigue et réaliser l'atelier sans difficulté et sans plainte.

L'autre partie que nous avons trouvée importante à travailler est de permettre aux personnes de maintenir les liens sociaux. Ici, deux pôles se distinguent, celui du couple où il est important de ramener du bien-être, car comme le soutient Badelon et Maulino (2016), le conjoint passe d'être aimant à aidant, notre but est de remettre la place du plaisir au centre de la relation. Mais il est aussi important de travailler sur la notion d'individualité dans le couple. Autrement dit, comme l'explique Badelon et Maulino, en 2016, le couple se compose de trois entités distinctes, il est important que chacune puisse exister, la personne doit pouvoir exister seule. Le fait que chacun accepte de faire un atelier alors que c'est une activité pour les deux initialement permet de voir que nous avons réussi à faire vivre leur individualité dans nos séances.

Le lien qui s'installe entre l'art-thérapeute et le couple permet d'introduire de façon positive l'établissement. En effet, on peut se dire que ces séances permettent d'améliorer le processus d'institutionnalisation, en créant un meilleur rapport entre la structure et le patient. Les créations réalisées en séances appartiennent à l'habitant, il peut décider de les garder ou non. Dans le cas de Monsieur et Madame, ils ont souhaité chacun exposer leur vitrail dans leur chambre ce qui les aide à se projeter dans l'établissement et s'approprier le lieu.

4.2 Limites de l'étude

Même si cette expérience a été menée de la façon la plus pertinente possible nous pouvons constater quelques limites qu'il serait judicieux de contrôler pour une prochaine étude.

4.2.1 Limite inhérente à l'étude

Une première limite qu'il nous semble judicieux de mettre en lumière est le nombre de sujets de notre étude. Il aurait fallu avoir au moins un ou deux autres couples afin de pouvoir comparer les résultats. Le fait de n'avoir qu'un couple peut nous aider à nous dire que cette méthode fonctionne, mais il est aussi probable que les bons résultats obtenus soient dus à leur passion pour l'art. Il sera donc judicieux de prendre plus de patients pour une prochaine expérience. Cependant, nous savons qu'il est difficile de trouver plusieurs couples qui viennent d'arriver dans l'établissement et curieux d'effectuer des séances d'art-thérapie.

D'autre part, il aurait été pertinent de continuer les séances afin de pouvoir explorer d'autres activités. Nous n'avons pu faire que deux productions au couple et une supplémentaire à Monsieur. Nous savons que l'atelier « Vitrail » leur a énormément plu non seulement par la

technique, mais surtout pour le symbole que représente cet art. Il serait intéressant de découvrir l'évolution de nos observations avec d'autres activités plus ou moins à leur goût. Le fait d'avoir plus de séances aurait pu nous permettre de travailler sur des objectifs particuliers et ainsi améliorer davantage le mieux-être des patients.

Nous pouvons nous questionner sur notre grille d'observation, nous aurions après réflexion pu en faire une avec des critères d'évaluation moins subjectifs afin que quiconque puisse reprendre notre grille et l'utiliser.

Il aurait été aussi intéressant de pouvoir partager avec l'entièreté de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons rencontré et eu de nombreux échanges avec la psychologue, la cadre de santé et l'équipe d'animation. Cependant, nous n'avons pas pu avoir d'entretien avec les infirmiers, les aides soignants et aide service logistique (ASL) qui sont au quotidien avec les résidents. En effet, nous avons eu connaissance de difficultés rencontrées par ces professionnels avec nos patients. Il aurait pu être pertinent de mettre en commun nos observations réalisées pendant et après nos séances afin d'espérer un apaisement de leurs relations qui témoignerait d'une amélioration du processus d'institutionnalisation.

4.2.2 Limites extérieures à l'étude

Nous avons rencontré quelques difficultés pour exécuter les séances. Premièrement, nos patients sont très âgés, leur état de santé n'est pas stable. Monsieur et Madame ont tous deux été malades ce qui a mis à mal des séances que nous n'avons pas pu reporter en raison du court laps de temps de notre présence dans l'établissement et des autres rendez vous des patients. Deuxièmement, Monsieur et Madame sont un couple avec un large cercle social, ce qui fait qu'ils ont eu des visites non-programmées à plusieurs reprises sur les temps de nos séances. Les personnes ayant fait le déplacement arrivant de loin, le couple a préféré annuler l'atelier.

Une limite intéressante à mettre en lumière est le fait d'avoir pu être dérangés ce qui casse l'attrait thérapeutique. Nous effectuons les séances dans la chambre de Monsieur, à la demande du couple comme expliqué plus haut. Il est arrivé régulièrement que l'aide service logistique vienne demander s'il pouvait faire le ménage pendant que nous faisons la séance. Une autre intrusion qui fut systématique est celle de l'infirmière qui portait un médicament à Madame à 17h tous les jours, ce qui la déconcentrait et la coupait dans son élan créatif. Nous ne pouvions

malheureusement pas y faire grand-chose car Madame a véritablement besoin de son médicament et il est normal que les chambres soient nettoyées cependant, nous pouvons penser que ces intrusions ont eu des conséquences sur la séance.

Nous avons eu la présence de leur fils à de nombreux ateliers. Il est resté en arrière-plan en silence à regarder ses parents créer. Nous pouvons nous interroger sur la présence du fils. Nous savons que cet homme a une vie professionnelle très occupée mais qu'il prend le temps de passer voir ses parents plusieurs fois par semaine. Nous pouvons, cependant, penser que sa présence a modifié le comportement de ses parents lors de nos séances. En effet, Madame lui demande, constamment, conseil ou de choisir pour elle les couleurs quelle doit utiliser, ce qu'il n'accepte pas de faire néanmoins. D'autre part, les séances sont plus courtes et Monsieur est plus expéditif avec sa création afin de pouvoir passer du temps avec son fils.

4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art thérapie

Mener une séance d'art-thérapie demande des connaissances théoriques afin de répondre à une construction méthodique et scientifique des séances.

Nous devons élaborer un cadre thérapeutique. Il se joue sur plusieurs dimensions : un cadre spatio-temporel ; un cadre humain ; un cadre institutionnel.

Dans le cadre spatio-temporel correspondant au lieu, c'est-à-dire la structure, il est important de s'intéresser à la fonction de la structure et aux publics accueillis. Ces informations nous permettent aussi d'établir où nous allons effectuer nos séances d'art-thérapies. Il faut s'assurer que cet espace soit suffisamment équipé pour nos séances et adapté à notre médium. D'autre part, il faut s'assurer que le lieu proposé puisse être propice à un instant thérapeutique, c'est-à-dire qu'il soit calme, silencieux, sans possibilité d'intrusion ou de public potentiel. Ce cadre comprend aussi le temps des séances, c'est-à-dire définir quand auront lieu les séances : le jour et l'horaire, la fréquence entre les ateliers, la durée de celui-ci. Un autre aspect à déterminer est en lien avec le matériel, peut être est il possible de prendre du matériel appartenant à la structure, il est aussi envisageable de pouvoir stocker les productions dans un endroit sécurisé afin de les retrouver en bon état. Nous pouvons aussi demander à ce que la structure puisse acheter du matériel pour nos séances.

Le cadre thérapeutique ne se construit pas seul, il y a donc un cadre humain pour permettre de définir le contrat thérapeutique. Il comprend l'art thérapeute qui fera les séances mais aussi le patient qui doit être consentant à participer aux séances, qui aiguillera sur le médium qui l'intéresse, ses envies, besoins et disponibilités. Ainsi que l'équipe pluridisciplinaire, qui peut être présente ou non pendant les séances, qui devra être informée des interventions art-thérapeutiques pour être rassurée de la présence de l'art-thérapeute dans l'établissement, ne pas être dérangée ou avoir prévu une autre activité ou rendez-vous en même temps que l'art-thérapie.

L'équipe pluridisciplinaire joue aussi un rôle majeur dans le dernier cadre qui est celui de l'institution. Il s'agit là de se plier à l'organisation et au fonctionnement de la structure. C'est elle qui fait le lien entre tous, qui pose des règles et sécurise les rencontres. L'équipe pluridisciplinaire fonctionne quotidiennement avec la structure et avec les patients. Il est donc impératif de travailler avec. Nous aurons donc un soutien et des connaissances supplémentaires grâce aux membres qui la composent, c'est alors un bon moyen d'aider à mettre en place un sentiment de continuité dans la prise en soin des patients.

Un autre acteur à ne pas négliger dans la prise en soin de nos patients pour construire nos séances de façon méthodique est la famille. Faire du lien avec peut permettre de mieux comprendre des aspects qui auraient pu échapper à l'institution et dans le cas où la structure est un EHPAD* de faire du lien avec la vie passée de nos patients.

Ce dernier lien nous permet d'introduire deux concepts primordiaux dans la prise en soin par l'art-thérapie à ne pas oublier. Le premier est l'alliance thérapeutique*, il s'agit d'établir avec le patient une relation de confiance afin de pouvoir travailler sur ses difficultés. L'art-thérapeute doit être capable pour cela d'empathie, d'écoute et de soutien tout en gardant une distance émotionnelle avec le patient. Cette relation s'établit au fil des séances.

Le deuxième concept est le secret professionnel, l'art-thérapeute doit être capable de faire la différence entre ce qu'il peut dire ou pas selon à qui il s'adresse. La famille est souvent demandeuse comme vu plus haut de l'évolution des objectifs de leurs proches et de ce qui a pu se dire où se passer. L'art-thérapeute étant déontologiquement soumis au secret professionnel, il ne pourra donc pas tout dévoiler. Cependant, il est intéressant de pouvoir partager certaines informations afin d'aider l'équipe pluridisciplinaire. D'autre part, il est important de rappeler

qu'en cas de danger tout secret professionnel doit être levé pour prévenir la structure accueillante et/ou les autorités compétentes.

Avoir un cadre conceptuel permet de pouvoir émettre des règles strictes dans lesquelles évoluer librement, ce qui rassure et sécurise la mise en place d'ateliers art-thérapeutiques.

Maîtriser les théories, c'est bien, mais savoir l'adapter à son contexte de travail, c'est mieux.

L'art thérapeute doit s'adapter aux conditions qui lui sont données comme ce qui nous est arrivé.

Nous avons pu rapidement définir avec la psychologue, la cadre de santé et le coordinateur de la vie sociale qui seront les patients de notre étude. Nous devions initialement travailler avec deux couples, malheureusement un Monsieur est décédé ce qui nous a contraint à n'en avoir qu'un. Nous avons dû effectuer nos séances dans la chambre de Monsieur tel que le souhaitait le couple, et exécuter un atelier pour les deux. Pour instaurer une régularité nous avons décidé d'effectuer les séances les mardis à 16h30 car Madame fait la sieste avant et cela permet au couple de pouvoir prendre le goûter avant. Nous nous sommes efforcés de trouver des ateliers avec comme médium l'art-plastique plus exactement la peinture comme le souhaitait Madame. Pour déterminer nos objectifs nous nous sommes basés sur les demandes des patients ainsi que sur les observations de l'équipe médicale.

Nous avons cependant dû faire des compromis car il aurait été plus favorable pour instaurer un contexte de soin de faire sortir Monsieur et Madame de leurs habitudes en allant dans un espace qui aurait été dédié à l'art-thérapie où personne n'aurait pu interrompre les séances. Il aurait aussi pu être mis en évidence que faire pratiquer plusieurs types de média comme la musique, la danse, l'argile permet de développer et travailler des compétences différentes. De plus, nous aurions aimé, si nous avions eu plus de sessions, réaliser des séances individuelles et collectives avec le couple afin de renforcer leur individualité. Nous aurions pu aussi travailler sur l'estime de soi qui est une notion très importante à développer chez la personne âgée*.

Tout ce travail d'adaptation à la personne permet d'obtenir une meilleure adhésion de la part du couple et accéder ainsi plus rapidement à l'élaboration d'une alliance thérapeutique* solide.

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

Nous avons pu montrer que l'art-thérapie est une méthode efficace pour améliorer le processus d'institutionnalisation de personne âgée* dans un EHPAD*, et de permet de faire diminuer très nettement leur anxiété et/ou dépression. Pour cela, il faut que l'art-thérapeute accompagnant les séances face preuve de quelques qualités et compétences précises.

L'art-thérapeute doit savoir écouter, encourager et soutenir la personne avec empathie et bienveillance tout en gardant une juste distance. Il est important de ne pas tomber dans la sympathie. Il faut comprendre les émotions et ce que la personne éprouve en faisant preuve d'empathie, mais en gardant une distance émotionnelle pour ne pas être submergé par ce que le patient vit.

L'art thérapeute pour construire son intervention, doit savoir travailler en équipe avec d'une part l'équipe pluridisciplinaire qui souvent connaît mieux les patients et la structure pour connaître les règles et fonctionnement interne de celle-ci. D'autre part, il doit collaborer avec le patient, qui aidera à définir sa demande, les conditions d'exécutions des séances et son ou ses média de prédilection. Le travail en équipe sous-entend que le thérapeute sache faire des écrits, il peut être amené à faire des comptes rendus de séances pour lui-même, pour l'institution ou l'équipe pluridisciplinaire mais aussi pour le patient lui-même. Il peut aussi lui être demandé de réaliser un bilan ou études scientifiques pour l'institution ou une autorité compétente.

Nous avons, lors de cette étude, été fortement en contact avec la psychologue, la cadre de santé et le coordinateur de la vie sociale de l'EHPAD*, auprès de qui nous avons dû faire un compte rendu et avec qui nous avons travaillé en coopération pour la réalisation de cette recherche et pour atteindre les objectifs que nous avons fixés pour les patients. Il a été pertinent de partir de la demande du couple et des observations de ces derniers pour réussir à apporter un mieux-être à Monsieur et Madame.

Les ateliers construits par l'art-thérapeute doivent être adaptés à chaque patient, il n'existe pas de session type pour une catégorie de personne. Chaque séance est réfléchi et travaillée afin de réussir à améliorer un ou plusieurs objectifs intermédiaires. Il est donc primordial que l'art thérapeute connaisse le mieux possible ses patients afin d'aménager au mieux ses interventions. Pour ça il est possible de choisir l'art qui intéresse la personne mais aussi ce qu'il faut travailler,

ainsi que de définir l'endroit dédié aux séances, quand, combien de temps elles durent et à quelle fréquence. Ce travail demande donc une flexibilité importante.

Le thérapeute va utiliser dans cette thérapie l'art, il est donc primordial qu'il propose uniquement des média qu'il maîtrise. Pour cela, il faut que l'art thérapeute puisse pratiquer régulièrement son/ ses arts et puisse se former continuellement. D'autre part, cette méthode est appelée thérapie ce qui suppose un travail avec la connaissance de la psychologie humaine il est donc important qu'il sache maintenir ses connaissances dans cette discipline et qu'il reste en alerte des nouvelles découvertes et notions psychologiques.

L'art-thérapeute n'est pas un psychologue, il n'a pas vocation à diagnostiquer ou soigner ses patients. Cependant, il a une place particulière dans l'équipe pluridisciplinaire. Du fait de pouvoir faire travailler son patient de manière complètement différente avec des média et des objectifs différents il peut être le témoin ou le rapporteur de dires ou de faits que les autres professionnels ne peuvent pas voir. Cette méthode pédagogique et ludique permet à la personne d'être bien plus libre dans ses actions et représentations ce qui l'amène à être en confiance et à projeter des choses conscientes ou inconscientes, ce qu'elle ne peut pas faire ailleurs.

Cette place si particulière de l'art-thérapie qui est la thérapie méthodique et scientifique mais aussi ludique et artistique, peut créer chez nos patients un entre deux entre prises au sérieux et moment de détente. Ce qui nous a amené à nous questionner sur la posture de l'art thérapeute pendant cette recherche. En effet, nous exerçons dans un EHPAD*, nous avons dû nous adapter à la structure à son fonctionnement, à ses locaux et aux patients. Nous avons rencontré quelques difficultés avec notre couple de sujets. Monsieur et Madame ont pratiquement 100 ans, nous sommes donc bien plus jeunes, ce qui amène Madame à nous appeler « petit » et nous proposer des bonbons et jus de fruits pendant toutes les séances. Notre éthique professionnelle, nous demande de ne pas accepter et de recadrer ce que nous avons fait de façon très polie. Cependant, nous pouvons aussi nous dire que ces attentions sont une preuve de la réussite de l'alliance thérapeutique et de la considération de la part de Madame. Une autre difficulté rencontrée a été en lien avec le fils du couple. Il est une figure emblématique dans le monde de la santé. Du fait de sa carrière il impose à l'établissement son point de vue sur la prise en soin de ses parents ce qui crée du conflit avec l'établissement. Nous avons dû faire preuve de diplomatie et indiquer que nous sommes extérieure au conflit et que seul le bien être* de Monsieur et Madame nous importait afin qu'il puisse avoir les séances les plus pertinentes possible. Du fait que nos

interventions et nos relations étaient tout à fait correctes, nous avons pu aiguiller l'équipe pluridisciplinaire sur une hypothèse au sujet du comportement du fils, qui est sûrement en lien avec l'idée anxieuse de perdre ses parents. Une autre difficulté rencontrée avec le fils est que malgré son emploi du temps très chargé en raison de sa carrière, il est extrêmement présent auprès de ses parents. Il s'est ainsi imposé dans plusieurs de nos séances, peut être aurions nous dû mettre un cadre plus strict pour qu'il ne vienne pas. Sa présence a eu une influence comme expliqué plus haut, malgré le fait qu'il se soit toujours fait discret. Lors de la dernière séance à laquelle il a assisté, il a tenu à nous faire remarquer qu'il n'avait jamais vu Madame aussi concentrée et enjouée. Il a d'ailleurs remarqué que Monsieur tremblait moins au fil des séances lorsqu'il était concentré sur la peinture. Ces commentaires ont permis au couple de prendre conscience de leur avancée et de les rendre fiers d'eux-mêmes. Nous pouvons nous demander si le fils ne voulait pas lui aussi découvrir ce qu'était l'art-thérapie et quel impact les séances pouvaient avoir sur ses parents et une fois rassuré ne plus souhaiter être présent à ces moments-là.

Nous pouvons nous dire que nos interventions ainsi que notre posture ont été appréciées par Monsieur et Madame comme il le mentionne dans la lettre qu'ils nous ont rédigée (cf. annexe 8, p 68). D'autre part, ils nous ont autorisé et donné leur confiance en signant une autorisation de diffusion de leurs œuvres (cf. annexes 9, p 69).

V. Conclusion

Le vieillissement est un phénomène naturel de détérioration du temps sur toute matière tel que le voit Tison en 2023.

Chez l'être humain c'est un processus complexe et multifactoriel. Il peut se traduire de trois façons : le vieillissement normal, réussi et pathologique (Rowe & Khan, 1998).

On peut voir qu'un vieillissement pathologique peut-être dû à de nombreuses causes. Il est régulièrement lié à la perte d'autonomie qui entraîne souvent un sentiment de mal-être avec une impression d'incapacité, d'inutilité sociale, ce qui peut amener l'apparition de trouble dépressif et/ou un trouble d'anxieux (Tison, 2023). La conséquence principale de cette perte d'autonomie est une entrée en institution. La DREES en 2022, nous indique que huit personnes sur dix sont placées en EHPAD*. Donnio en 2005, constate que l'entrée en EHPAD* est un véritable événement de vie, il peut être vécu comme brutal et violent et ainsi devenir un traumatisme. Ce moment peut être la cause de l'arrivée d'un trouble dépressif et/ ou anxieux chez la personne. D'autre part, l'habitant va devoir faire face au processus d'institutionnalisation afin de s'acclimater au fonctionnement de l'institution avec ses horaires, ses plannings et ses règles. Brandon et Maulino en 2016, font la remarque qu'il s'agit du moment où la personne peut faire la synthèse de ces trois temps de vie, c'est-à-dire le passé avec toute la vie qu'il a menée jusqu'ici, le présent qui est l'institution et le futur qui pour beaucoup signifie l'idée de la mort, de l'abandon ou de la dépendance.

L'entrée en institution met en lumière plusieurs relations qui se jouent. Pour arriver à un bon processus d'institutionnalisation il va falloir que trois soient apaisées, il s'agit : famille / établissement ; établissement / personne âgée ; personne âgée / famille (Donnio, 2005).

Une des problématiques à laquelle sont confrontés les EHPAD* est le couple. Badelon et Maulino, en 2016 nous font part qu'il existe très peu de chambres doubles pour accueillir un couple. En effet, il ne représente qu'un tiers des résidents dans les EHPAD* (DREES, 2022). Les structures ne sont donc pas habituées à leur accueil. Il s'agit d'une prise en soin particulière car il faut prendre en compte trois entités : une personne, le conjoint et le couple.

Nous avons démontré toute l'efficacité de l'art thérapie qui est une méthode innovante et non médicamenteuse. Il s'agit d'une pratique de soin qui est fondée sur une pratique artistique. Elle

permet de travailler différents objectifs afin d'améliorer la qualité de vie du patient (Giraud & Pain, 2015).

L'art-plastique a pu nous permettre d'atteindre nos objectifs thérapeutiques qui étaient de faire baisser l'anxiété de Monsieur L et la dépression de Madame L. Nous avons pu constater que nos séances ont aussi permis d'améliorer le processus d'institutionnalisation de ce couple.

Il est donc pertinent de penser que la prise en soin d'un couple arrivant en EHPAD* par l'art-thérapie peut éviter un trouble d'anxieux et/ ou une dépression. Nous pouvons conclure que l'art thérapie est une bonne méthode pour faire de la prévention et réussir à amener un mieux-être aux personnes âgées dépendantes.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Badelon, C., & Maulino, F. (2016). Le devenir du couple en ehpad. *Le Journal des psychologues*, 336(4), 35-42. <https://doi.org/10.3917/jdp.336.0035>
- Bertrand, M. (2022). Les personnes âgées, entre mort sociale et engagement créatif. *Le Journal des psychologues*, 398(6), 27-31. <https://doi.org/10.3917/jdp.398.0027>
- Bénac, A. (2022). *Innovation thérapeutique : la musicothérapie sous forme d'application digitale peut-elle compléter ou remplacer un traitement médicamenteux utilisé dans l'indication de la douleur ?* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03937184v1/document>
- Charazac, P.-M. (2015). Le travail avec le couple en institution gériatrique. *Dialogue*, 210(4), 21-32. <https://doi.org/10.3917/dia.210.0021>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).(2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personne âgées.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28 / 112(1), 73-92. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0073>
- Dubois, A.-M. (2013). *Art-thérapie, Principes, méthodes et outils pratiques, 1 : Art-thérapie.* Elsevier Health Sciences.
- Evers, A.(2021).*Le grand livre de l'art thérapie : nouvelle édition augmentée.* Edision Eyrolles.
- Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2014). Chapitre 5. L'accompagnement des personnes âgées. In *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante* (p.

139-152). Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-et-psychopathologie-de-la-personne--9782100585069-p-139.htm>

Giraud, J.-J., & Pain, B. (2015). Présentation de l'Art-thérapie. *Hegel*, 4(4), 258-263. <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-hegel-2015-4-page-258.htm>

Les EHPAD. (2024, janvier 15). Consulté le 13/03/2024 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

Notre projet | Ehpad Terre-Nègre Bordeaux | TERRE-NEGRE. (2018, octobre 13). Consulté le 14/03/2024 <https://terre-negre.fr/service/notre-projet/>

Organisation mondial de la santé (OMS).(2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*

Pelloux, P. (2017). *L'instinct de vie*. Cherche Midi.

Rowe, J.-W., & Khan, R.-L.(1998). *Successful aging*. New York : Ramdon House (Pantheon).

Tison, P. (2023). *Psychologie du vieillissement en 40 notions*. Dunod; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/psychologie-du-vieillissement-en-40-notions--9782100854837.htm>

Vaucher, J.-M. (2015). Autonome vs indépendant. *VST - Vie sociale et traitements*, 126(2), 128-129. <https://doi.org/10.3917/vst.126.0128>

Glossaire

Alliance thérapeutique : la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés.

Anamnèse : est le récit des antécédents d'un patient.

Aptitudes fonctionnelles : les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce à quoi ils accordent de la valeur ; elles sont constituées des capacités intrinsèques de l'individu, des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques.

Bien Être : terme général englobant l'ensemble des domaines de la vie humaine, y compris les aspects physiques, intellectuels et sociaux, qui constituent ce qu'on peut appeler une « vie agréable »

Burn – Out : État de fatigue intense et de grande détresse causé par le stress au travail.

Cognition : Ensemble des structures et activités psychologiques dont la fonction est la connaissance, par opposition aux domaines de l'affectivité.

Coping : est un terme utilisé en psychologie pour décrire tous les processus qui sont mis en place par l'inconscient d'un être humain afin de faire face à un traumatisme et de continuer à suivre le cours de sa vie normale.

Démence vasculaire : perte de la fonction cognitive due à la destruction du tissu cérébral, car son apport en sang est réduit ou bloqué.

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques, est une direction de l'administration publique centrale française produisant des travaux de statistiques et d'études socio-économiques.

DSM-5 : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association ou APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante : c'est des maisons de retraite médicalisée

Établissements de soins : se réfère à des institutions au sein desquelles sont fournis des soins de longue durée.

Littérature scientifique : comprend des articles universitaires qui rapportent des travaux empiriques et théoriques originaux dans les sciences naturelles et sociales. Dans un domaine de recherche, les articles pertinents sont souvent appelés «la littérature»

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale : échelle pour mesurer la dépression

Maladie chronique : une maladie, un trouble, une lésion ou un traumatisme qui est persistant, ou qui a des effets durables

Maladies non transmissibles : maladies qui ne sont pas transmises de personne à personne

MMS : Mini Mental State : test pour évaluer le niveau de cognition de la personne âgée

Multimorbidité : la présence simultanée de deux ou plusieurs problèmes de santé chroniques chez une même personne

Neuropsychologie : Étude des phénomènes psychiques en liaison avec la physiologie nerveuse, notamment celle du cerveau.

Objectalisée : Donner un caractère d'objet à.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés, il s'agit d'un lieu de vie construit au sein d'un EHPAD, pour accueillir dans la journée les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives.

Personne âgée : une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance

Praxie : Adaptation des mouvements au but visé.

Préjugé : Croyance, opinion préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque ; parti pris.

Psychogérontologie : Étude de la psychologie des personnes très âgées.

Ralentissement psychomoteur : phénomène lié au vieillissement cérébral et affecte de façon globale toutes les étapes du traitement de l'information du système nerveux central.

Résilience : la capacité à conserver ou à améliorer un niveau d'aptitudes fonctionnelles face à l'adversité, grâce à la résistance, à la récupération ou à l'adaptation

Signe clinique : Un signe clinique ou signe médical est la manifestation d'une maladie, constatée objectivement par un médecin ou tout autre observateur.

Soins de longue durée : activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes ayant une perte significative des capacités intrinsèques puissent maintenir un niveau d'aptitudes fonctionnelles conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine

SNC : Système Nerveux Central, il comprend l'encéphale et la moelle épinière.

Stéréotype : Opinion toute faite réduisant les particularités.

Annexes :

- Annexes 1 : Tableau des critères du DSM-5 : Le trouble dépressif, p 60.
- Annexes 2 : Tableau des critères du DSM-5 : Le trouble de l'anxiété généralisée, p 61.
- Annexes 3 : Echelle d'anxiété d'Hamilton, p 62.
- Annexes 4 : Echelle de la MADRS, p 63.
- Annexes 5 : Grille d'observation, p 64.
- Annexes 6 : Résultat de l'échelle d'Hamilton de Monsieur en novembre et en mars, p 65.
- Annexes 7 : Résultat de l'échelle MADRS de Madame en novembre et en mars, p 66.
- Annexes 8 : Lettre de remerciements de Monsieur et Madame, p 68.
- Annexes 9 : Autorisation d'utilisation des œuvres de Monsieur et de Madame, p 69.

Annexe 1 : Tableau des critères du DSM-5 : Le trouble dépressif

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale. (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexes 2 : Tableau des critères du DSM-5 : Le trouble de l'anxiété généralisée

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers) :

NB : un seul item est requis chez l'enfant.

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.

2. Fatigabilité.

3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.

4. Irritabilité

5. Tension musculaire.

6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou Sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (ex substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (ex: hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le TOC, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

Annexes 3 : Echelle d'anxiété d'Hamilton :

Échelle d'Anxiété d'Hamilton

Humeur anxieuse: Inquiétude -Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars –angoisses ou malaises nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles -Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Souples – Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur -Sueur - Vertiges -Maux de tête -	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL: (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

(Ref: Hamilton MC (1959), «Hamilton anxiety rating scale -HAM A-»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

Annexes 4 : Echelle de la MADRS :

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant (0 et 2 selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit).

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

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à mettre et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 - Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 - Difficultés à commencer des activités.
- 4 - Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 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, provoquent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 - Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 - Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 - Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 - Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapable à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échoe tout 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'auto-critique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 - Pas de pensées pessimistes.
- 2 - Sentiments d'échec, fluctuantes, auto-critique ou dépréciation de soi.
- 4 - Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 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.
- 2 - Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 - Pense qu'il vaudrait mieux qu'elle soit morte. Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 - Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

(copyleft)

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

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le desespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade, relâché dans le desespoir, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'importance de l'expression).

- 0 - Pas de tristesse.
- 2 - A l'air abattu mais s'illumine sans difficulté.
- 4 - Paraît triste et malheureux (malheureux) la plupart du temps.
- 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.

- 0 - Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 - Triste ou morose mais la personne s'égare sans difficultés.
- 4 - Sentiments inévitables de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 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 rassurée(e).

- 0 - Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 - Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 - Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 - Effroi ou angoisse incessants. Panique irrisolable.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel d'habitude. La patient(e) quand elle se sent bien.

- 0 - Dort comme d'habitude.
- 2 - Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allongé, quelque peu moins réparateur.
- 4 - Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 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.
- 2 - Appétit légèrement réduit.
- 4 - Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 - Doit être persuadé(e) de seulement manger.

(copyleft)

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

Annexes 5 : Grille d'observation

Grille d'observation

Date :

N° séance :

Nom et prénom :

Durée :

Objectifs secondaire	Items	1 (Très négatif)	2 (Négatif)	3 (Neutre)	4 (Positif)	5 (Très positif)
Prendre du plaisir	Accepter l'abstrait	Ne comprends pas	Avec réticence	N'émet pas d'avis	Ne lui pose pas de souci	Enjoué à l'idée de l'abstrait
	Accepter l'inconnue	Très difficilement	Difficilement	N'émet pas d'avis	Facilement	Très facilement
	Exprimer du plaisir	Déteste l'activité	Déprécie l'activité	Ne dis rien	Verbalise le plaisir	Enthousiaste
	Expression du visage	Fermé	Bougon	Moyen	Souriant	Très souriant
Se sentir capable	Se valorise	Se dévalorise ++	Se dévalorise	Ne dis rien	Souvent	Régulièrement
	Se met en mouvement	S'active après beaucoup de sollicitation	S'active après sollicitation	S'active après les consignes	S'active rapidement	Impatient de commencer
	Prendre des décisions	Besoin d'aide	Avec sollicitation	Hésitation	Précis	Rapide et précis
	Se plains de la fatigue	Régulièrement	Souvent	Peu	Ne dis rien	Exprime se sentir en forme
	Praxie adapté	Besoin d'aide	Avec sollicitation	Teste	Précis	Rapide et précis
Lien social	Interaction avec l'art thérapeute	Rarement ou pas du tout	Quand se sent obligé	De temps en temps	Souvent	Enormément spontanée
	Interaction positive du couple	Rarement ou pas du tout	Peu	De temps en temps	Souvent	Régulièrement
	Projection dans l'EHPAD	Rarement ou pas du tout	Peu	De temps en temps	Souvent	Régulièrement
	S'individualisé	Rarement ou pas du tout	Peu	De temps en temps	Souvent	Régulièrement

Autres observation :

.....

Anecdotes :

.....

Citation :

.....

Annexes 6 : Résultat de l'échelle d'Hamilton de Monsieur en novembre et en mars

nov. 2023



Échelle d'Anxiété d'Hamilton

Humeur anxieuse: Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité - Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place - Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement - D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule - Des grands espaces - Des ascenseurs - Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Angoisses ou maux nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire - Recherche des mots - Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse - Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Gincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles - Vision brouillée - Bourdes de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopeales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs - Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Sueur - Vertiges - Maux de tête.	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: Général: Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains - Front plissé - Facès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique: Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos - Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs - Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL: (Le seul admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	22

(Ref: Hamilton MC (1959), «Hamilton anxiety rating scale - HAM A»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

mars 2024



Échelle d'Anxiété d'Hamilton

Humeur anxieuse: Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité - Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place - Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement - D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule - Des grands espaces - Des ascenseurs - Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Angoisses ou maux nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire - Recherche des mots - Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse - Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Gincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles - Vision brouillée - Bourdes de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopeales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs - Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Sueur - Vertiges - Maux de tête.	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: Général: Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains - Front plissé - Facès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique: Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos - Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs - Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL: (Le seul admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	4

(Ref: Hamilton MC (1959), «Hamilton anxiety rating scale - HAM A»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

Annexes 7 : Résultat de l'échelle MADRS de Madame en novembre et en mars

60 v. 2023

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale).

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

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.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 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.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaye sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 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).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le patient(e) ne peut maîtriser qu'avec du calme.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irraisonnée.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduit en comparaison avec le rythme habituel (du fait de la patiente) quand elle se sent bien.

- 0 = Dort habituellement beaucoup.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allongé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 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.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

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

(copyleft)

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.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 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.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 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 émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapable à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échoe 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'infirmité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 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 notation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'elle soit morte. Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total: 32

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

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

(copyleft)

22 mars 2024

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale).

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

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'élever.

- 0 = Pas de tristesse.
2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
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.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
2 = Triste ou morose mais la personne s'égale sans difficultés.
4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
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).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
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 dudit de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
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.
2 = Appétit légèrement réduit.
4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

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

(copyleft)

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.
2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
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.
2 = Difficultés à commencer des activités.
4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
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 émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
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.
2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inbranlables.

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.
2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
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.
6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total: 16

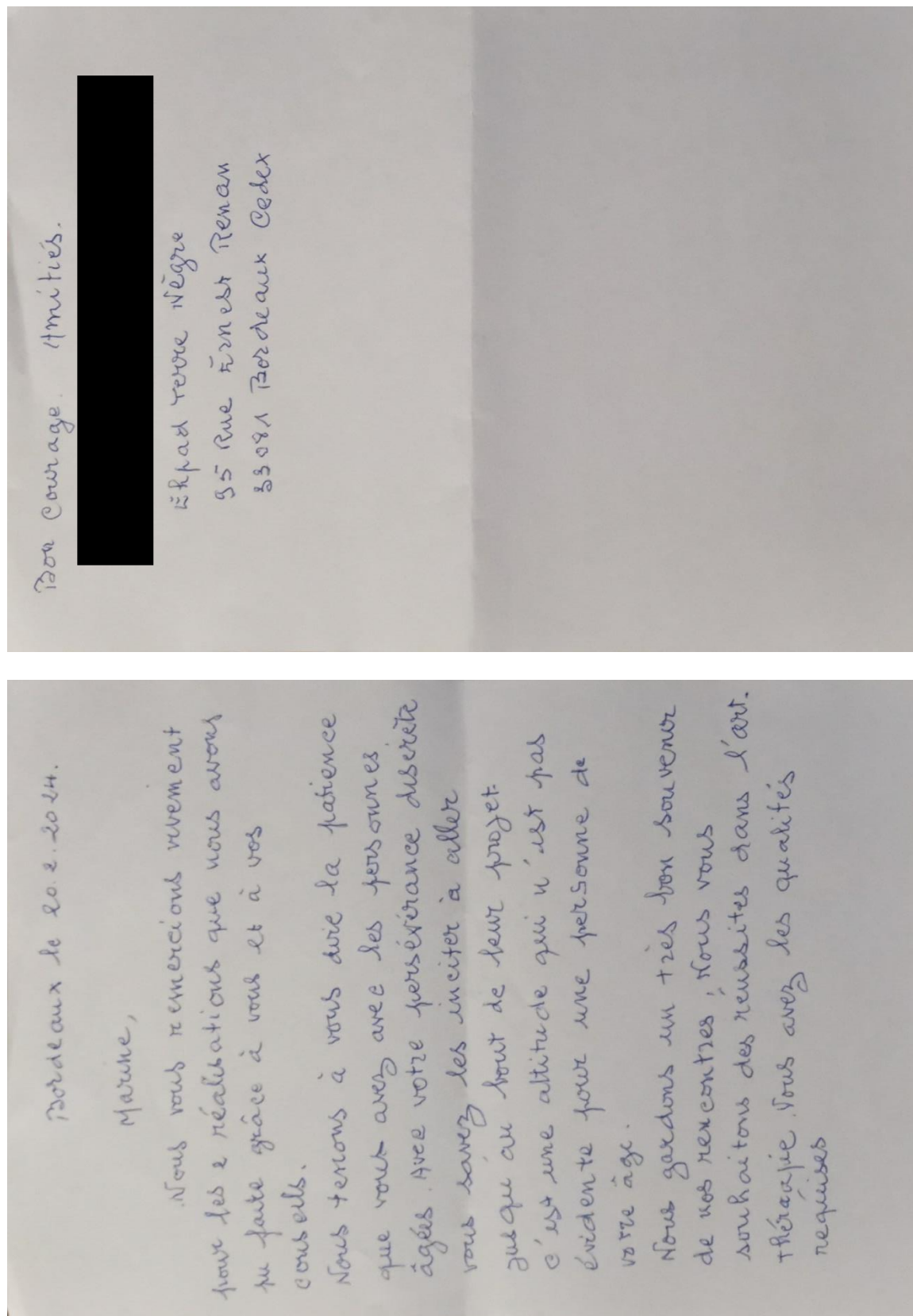
Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

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

(copyleft)

Annexes 8 : Lettre de remerciements de Monsieur et Madame



Annexes 9 : Autorisation d'utilisation des œuvres de Monsieur et de Madame

AUTORISATION D'UTILISATION DES ŒUVRES

Je soussigné(e) [redacted] autorise Marine Darracq, stagiaire art-thérapeute, à prendre des photos ou vidéos des travaux réalisés en ateliers et à en faire une utilisation non lucrative dans le cadre de la réalisation de son mémoire ou à diffuser ces photos/vidéos dans un cadre universitaire dans le respect de la vie privée et du cadre déontologique.

Les droits des œuvres appartiennent néanmoins uniquement à l'auteur et l'autorisation d'utilisation et de diffusion ne peut et ne doit en aucun cas se faire dans un quelconque autre cadre que celui décrit plus haut sans information et accord de l'auteur.

Je m'engage par la présente à ne pas poursuivre Mme Marine Darracq dans le cadre de l'utilisation précitée de mes œuvres. Dans le cadre d'une confiance réciproque Mme Marine Darracq s'engage à préserver l'anonymat et à n'utiliser les photos/vidéos que dans le cadre décrit ci-dessus.

Bordeaux, le 12 Mars 2024

Nom Prénom Signature du résident [redacted]

Nom prénom signature de l'art thérapeute [signature]

AUTORISATION D'UTILISATION DES ŒUVRES

Je soussigné(e) [redacted] autorise Marine Darracq, stagiaire art-thérapeute, à prendre des photos ou vidéos des travaux réalisés en ateliers et à en faire une utilisation non lucrative dans le cadre de la réalisation de son mémoire ou à diffuser ces photos/vidéos dans un cadre universitaire dans le respect de la vie privée et du cadre déontologique.

Les droits des œuvres appartiennent néanmoins uniquement à l'auteur et l'autorisation d'utilisation et de diffusion ne peut et ne doit en aucun cas se faire dans un quelconque autre cadre que celui décrit plus haut sans information et accord de l'auteur.

Je m'engage par la présente à ne pas poursuivre Mme Marine Darracq dans le cadre de l'utilisation précitée de mes œuvres. Dans le cadre d'une confiance réciproque Mme Marine Darracq s'engage à préserver l'anonymat et à n'utiliser les photos/vidéos que dans le cadre décrit ci-dessus.

Bordeaux, le 12 Mars 2024

Nom Prénom Signature du résident [redacted]

Nom prénom signature de l'art thérapeute [signature]

Le couple : une difficulté pour les Etablissements d'Hébergements pour Personne Âgée Dépendantes. L'art thérapie : une solution par les arts plastiques pour améliorer leur sentiment de bien-être.

Marine Darracq en 2024

Résumé

La prise en soin du couple est une difficulté pour les équipes d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, ce qui complique le processus d'institutionnalisation des nouveaux arrivants. L'entrée en institution représente probablement l'événement le plus perturbateur pour la personne âgée déjà fragilisée par le vieillissement, ce qui peut amener des troubles anxieux et/ou une dépression.

Cette étude montre l'efficacité de la prise en soin art-thérapeutique, avec l'utilisation des arts-plastiques, des troubles dépressifs et/ou anxieux des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, améliorant ainsi le processus d'institutionnalisation.

Mots-clefs : anxiété, art-thérapie, arts-plastiques, couple, dépression, EHPAD, institutionnalisation, personne âgée, soin.

The couple: a difficulty for residential establishments for dependent elderly people. Art therapy: a solution using the visual arts to improve their sense of well-being.

Summary

Admission of couples to residential care homes for elderly is a major challenge for the teams working there and makes the settling-in process more difficult. Moving into institution is probably the most disruptive event for elderly people already weakened by ageing, and may lead to anxiety disorders or depression.

This paper shows the effectiveness of using art therapy to treat anxiety and/or depressive disorders of elderly people living in nursing home, and how much it improves the settling-in process.

Key words : anxiety, art-therapy, care, couples, depression, elderly persons, nursing home, plastic art, settling-in.