

UNIVERSITÉ de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
86073 POITIERS - FRANCE

**L'art-thérapie par les arts plastiques et la musique
au sein d'une unité de soins palliatifs**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'art-thérapie
Par Maëlle Vancorselis
Année 2022-2023

Directrice de mémoire

Madame Corinne Bouchaud
Cheffe du service de soins palliatifs de Niort

Référent Universitaire

Professeur Jean-Jacques Giraud

Unité de Soins Palliatifs

Centre Hospitalier de Niort
60 rue de Goise
79000 Niort - France

Tutrice de stage

Madame Delphine Spitz
Cadre de santé

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui m'ont permis de pouvoir écrire ce mémoire et qui m'ont soutenues durant sa réalisation et pendant le stage.

- Le Professeur Jean-Jacques Giraud, référent universitaire et fondateur du DU d'art-thérapie.
- Madame Corinne Bouchaud, cheffe de service, d'avoir accepté d'être la directrice de mon mémoire et pour vos conseils.
- Madame Delphine Spitz, cadre de santé, pour m'avoir fait confiance en m'accueillant pour ce stage et pour avoir pris le rôle de tutrice de stage.
- Madame Laurence Bahuet, docteure, madame Louise Guichard, psychologue et monsieur Benjamin V, psychologue, pour vos conseils et votre aide durant ce stage.
- Madame Emilie Picard, secrétaire, pour ton soutien, pour nos échanges et tous tes bons conseils.
- Aux internes, Valentin et Théodore, pour m'avoir permis d'envahir votre bureau avec tout mon bazar (de toute façon vous n'aviez pas le choix) et pour votre soutien.
- L'équipe soignante de l'unité des soins palliatifs pour nos échanges et surtout pour la récolte des objets s'échappant du chariot.

Merci à mes amis Jeanne S, Vivien B, Charlie B, Louis P, Rodolphe N, Anne-Sophie D, Lilas V, Mélanie F, Sebastien D pour leur grand soutien durant l'écriture de ce mémoire.

Merci à ma famille, ma mère et mes frères pour leur petits mots d'encouragements, mes grands-parents et un merci particulier à Anne-Sophie B.

Plan général

Remerciements.....	2
Préambule.....	5
Ière Partie : Introduction.....	7
1) Les pathologies rencontrées.....	7
2) La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies.....	12
2.1 Les différentes techniques artistiques utilisées.....	12
3) L'intérêt de l'art-thérapie en Soins Palliatifs.....	16
3.1 L'art-thérapie.....	16
3.2 L'art thérapie dans le service de soins palliatifs.....	16
IIème partie: Matériel et méthodes.....	18
1) Matériel.....	18
1.2 Objectifs de prise en charge.....	18
1.3 Schéma utilisés.....	18
1.4 Choix des patients pour l'étude.....	19
1.5 Stratégies thérapeutiques.....	19
1.6 Durée de la recherche.....	20
1.7 Retombées attendues.....	20
1.8 Organisation des séances.....	20
1.9 Evaluation des séances.....	21
2) Méthodes.....	21
2.1 Etude de cas de madame B.....	22
2.2 Objectifs thérapeutiques.....	22
2.3 Déroulement des séances de Mme B.....	23
2.4 Etude de cas de madame V.....	27
2.5 Objectifs thérapeutiques.....	27
2.6 Déroulement des séances de Mme V.....	28
2.7 Etude de cas madame A.....	34
2.8 Objectifs thérapeutiques.....	34
2.9 Déroulement des séances de Mme A.....	35
IIIème Partie : Résultats.....	39
1) Echelles scientifiques.....	39
2) Items spécifiques personnalisés.....	39
3) Grilles d'observation de séance et bilan pour chaque cas.....	40
4) Résultats de Mme B.....	40

5) Résultats de Mme V.....	42
6) Résultat de Mme A.....	43
7) Auto-évaluation.....	44
IV Discussion.....	49
1) Les résultats obtenus sont-ils conformes aux attentes?.....	49
2) Les bénéfices de l'art-thérapie en USP*.....	49
3) Un lieu d'accueil pluridisciplinaire.....	51
4) Les limites rencontrées.....	52
5) Comparaison à d'autres travaux.....	52
6) Le cadre conceptuel de l'art-thérapie.....	53
7) Posture de soignante en tant que futur art-thérapeute.....	54
8) L'art thérapeute et l'artiste.....	54
9) L'adaptabilité.....	55
10) Transfert et contre transfert.....	55
11) La supervision.....	55
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	58
Filmographie.....	58
Webographie.....	58
Glossaire.....	59
Annexe.....	61
1) Discours d'Albert Camus.....	62
2) Douleur totale schématisée par Robert Twycross*.....	62
3) Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS).....	63
4) Echelle d'hamilton d'évaluation de l'anxiété.....	64
5) Echelle d'estime de soi de Rosenberg.....	69
Résumé.....	70

Préambule

Comment en arrive t-on au métier d'art-thérapeute?

C'est dans l'enfance que l'art a commencé à prendre une place importante dans ma vie. Je me revois petite dans l'atelier de peinture de mon arrière grand-père, flânant entre les nombreuses toiles et les odeurs d'acrylique. Le principe de création me fascine, j'aime créer et voir les autres créer. Mais je pense que créer seulement pour soi-même a été une limite à mon imagination. J'ai donc de plus en plus peint et dessiné pour autrui, et je prenais le temps de la réflexion afin de donner quelque chose qui corresponde du mieux possible à la personne. C'est en créant avec des proches que je me suis rendue compte que j'avais perdu de vue quelque chose de primordial : le lâcher-prise. Je me concentrais tellement sur la technique pour faire bien et mieux que j'avais complètement obstrué la notion de bien être dans l'art. Créer pour et avec autrui m'a donc permis de réapprendre à créer pour moi. Maintenant c'est mon petit appartement qui est rempli de toiles ou de dessins, je retrouve toujours le bonheur de créer, seule ou à plusieurs, mais aussi l'envie d'avoir un autre regard sur la façon d'utiliser l'art dans le quotidien. J'aime partager avec mes petits frères et mes amis de nouveaux outils de créations et cette notion de transmission mutuelle qui apporte une forme d'élan artistique.

Albert Camus, dans son discours durant la réception du prix nobel de littérature en 1957 aborde l'art comme moyen de faire ressentir à l'humanité des sentiments multiples. De ce fait, il explique que l'artiste ne peut être un individu solitaire. Même s'il s'agit ici de littérature cette phrase semble s'accorder sur toutes les formes d'arts. L'artiste est indissociable de cette transmission par la création envers autrui et de ce qu'elle génère sur eux.

Lorsque j'étais petite fille, j'ai découvert *La Môme*, d'Olivier Dahan. Tout de suite ce film a résonné en moi comme une envie et un besoin de transmettre à autrui les sentiments que j'avais ressentis en regardant ce film. L'émerveillement éprouvé durant mes 8 années de théâtre dans la compagnie *Les femmes s'entêtent* puis dans la compagnie *la Chaloupe* ne cessait de faire grandir en moi ce besoin de transmission par le jeu. Le théâtre était ma catharsis*, il m'a permis une meilleure compréhension de moi-même, d'extérioriser et de me construire. Dans la continuité de mes études d'Arts du spectacle à l'Université de Poitiers, c'est pourtant vers le cinéma que je me suis orientée mue par l'envie d'explorer quelque chose de différent. Je voulais agrandir ma palette artistique. Lors de ma licence j'ai aussi pris conscience de l'importance du cinéma dans les différents événements historiques. Je pense ici au néoréalisme* suite à la Seconde guerre mondiale avec cette volonté de montrer le réel brisant totalement les codes du cinéma classique Hollywoodien avec notamment *Stromboli* de Roberto Rossellini dans ce décor montrant la réalité de la pauvreté et où Ingrid Bergman, star d'Hollywood, se voit attribuer le rôle d'une femme avec une force de caractère et dénuée d'artifice. Les spectateurs étaient heureux de voir du vrai. Libérer la parole, communiquer, transmettre, partager, laisser une trace. Ces mots clefs ont rythmé mes années étudiantes.

En 2020 la Pandémie de Covid-19 rend l'accès aux concours d'écoles d'actorat compliqués. Il est donc nécessaire de prendre du recul, de revenir à la source de mon envie, de ne plus seulement me demander "le pourquoi" mais d'envisager "le comment".

L'art a toujours été présent autour de moi, par le théâtre, le cinéma, la peinture ou la musique.

Dans ma palette il y a donc une multitude de possibilités éparpillées. Comment faire pour allier tout ce qui la compose et en faire un tableau qui regroupe toutes mes envies?

Et si l'art-thérapie n'était pas finalement une suite logique?

Sans m'en rendre compte, je me dirigeais déjà vers ce métier. Être étudiante en art-thérapie m'a permis de découvrir de nouvelles possibilités d'utiliser différentes formes d'art, de les approfondir, de leur donner un sens. L'art au service du soin m'a permis de développer ma capacité d'adaptation, de réflexion, d'écoute et de transmission. J'ai parfois douté en ayant peur de ne pas être à la hauteur ou de ne pas trouver d'idées mais c'était surtout une appréhension face à l'envie de bien faire. Au fil des séances j'ai appris à me faire confiance. Je m'adapte pour chaque patient, dans mes séances je peux utiliser les arts-plastique, la musique, la danse, la lecture, des exercices de pleine conscience, la luminothérapie*, etc. Le but étant de répondre à l'objectif mis en place tout en proposant un soin adapté au mieux à chacun.

J'ai voulu faire mon stage dans l'unité de soins palliatifs. La première fois que j'ai entendu parler de ce milieu, c'était au collège en lisant *Oscar et la Dame rose* d'Eric-Emmanuel Schmitt. Je me disais naïvement que plus tard je travaillerai bénévolement pour faire la lecture ou du théâtre aux personnes malades. J'avais perdu de vue cette envie, pas parce que je ne voulais plus mais par un simple oubli. Quand j'ai commencé les études d'art-thérapie, ce souvenir m'est revenu. Je me suis donc renseignée autour de moi, j'ai demandé conseils et je me suis lancée. Je me suis très vite aperçue du grand nombre de préjugés qu'il y a sur ce milieu. Ce tabou autour de la mort j'en avais déjà été témoin après le décès de ma petite sœur où le mot mort était proscrit. J'aborde ce point parce que je pense que c'est un parcours de vie qui a dû influencer mon choix de stage. Pour beaucoup c'est un milieu qui fait peur et pour d'autres où il n'y a plus rien à faire.

Nous pouvons donc nous demander quelle est la place de l'art-thérapeute dans le service des soins palliatifs.

Ce mémoire résulte de ce stage dans le cadre de ma formation en art-thérapie. Les soins palliatifs s'adressent au malade en tant que personne. Il s'agit d'accompagner les gens dans leur parcours de vie. La prise en charge se fait à travers le modèle de douleur totale de Cicely Saunders* qui prend en compte douleur physique, psychologiques, sociales et spirituelles.

Pour ce mémoire nous commencerons par aborder différentes pathologies qui peuvent être rencontrées, l'intervention de l'art-thérapie dans le stage. Par la suite, la deuxième partie traitera du matériel et des méthodes utilisées. La troisième partie portera sur les études de cas des patients retenus pour cette étude. Nous terminerons ce mémoire par un temps de discussion traitant des résultats obtenus ainsi qu'une conclusion résumant la réalisation du stage.

Ière Partie : Introduction

1) Les pathologies rencontrées.

Il est complexe d'y retranscrire la totalité de ce que nous pouvons rencontrer dans ce secteur. C'est un lieu d'accueil et de soin pour les personnes avec des pathologies importantes qui se sont vu administrer, pour la majorité, de lourds traitements. Alors avant de répertorier certaines pathologies observées il semble important de préciser que le patient n'est pas représenté par sa pathologie le menant en fin de vie mais par tout ce qui en découle et par ce qui fait de lui un être à part entière avec ses craintes, ses doutes, ses croyances ou tout autres problèmes physiques qui en découlent. Le docteur Maurice Abiven, ancien président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs explique que dans les années 60 la plupart de la prise en charge palliative était des pathologies cancéreuses dont la phase terminale de leur vie était longue et laborieuse, aujourd'hui elle s'est progressivement élargie à toutes les formes de fins de vies avec des insuffisances respiratoires, cardiaques, vieillissement, AVC*, etc.

Il s'agit de se pencher sur cette notion de souffrance globale définie par la médecin Cicely Saunders* pour prendre du recul et accéder à une meilleure compréhension des patients et donc de tout ce qui pourrait être accompagné ou soulagé. Ces quatre dimensions de la douleur ont été schématisées par le médecin Robert Twycross*.

- Tout d'abord la douleur **physique**, bien sûr due à la maladie mais aussi aux autres symptômes que ceux liés à celle-ci. Sont aussi pris en compte dans cette partie les effets indésirables du traitement, l'insomnie et les fatigues chroniques.
- La souffrance **psychique** est elle aussi prise en compte puisque la détresse psychologique n'est indéniablement pas à délaissier. Toutes formes de détresses peuvent comporter ce point: colère due aux retards du diagnostic, frustration face aux échecs thérapeutiques, peur de la douleur et/ou de la mort, sentiment de délaissement, etc.
- Cette perte de repère dans l'avancement de la maladie empiète sur la partie **sociale** qui devient aussi un enjeu important. Les patients sont face à des préoccupations familiales et économiques, la perte d'un emploi, perte de reconnaissance, perte de revenus, perte de la position sociale, perte du rôle dans la famille, sentiment d'abandon et d'isolement.
- Le dernier point est celui de la **spiritualité** dans cette recherche de sens qui amène une multitude de questionnements. Pourquoi m'arrive-t-il ceci? Pourquoi Dieu permet-il que je souffre ainsi? A quoi sert tout ceci? La vie a-t-elle un sens ou une finalité? Mes erreurs passées pourront-elles être pardonnées?

Ce sont donc tous ces points qui, en plus de la maladie, constituent une demande ou un besoin de soin, d'aide ou de mieux-être puisque cause de mal être chez le patient en soins palliatifs mais aussi chez la famille et les proches de la patientèle. La notion de douleur totale ayant été établie nous pouvons donc aborder certaines pathologies rencontrées.

Le cancer

Le cancer est un terme en réalité assez générique. Il se caractérise par la prolifération de cellules cancéreuses donnant naissance à des tumeurs qui se développent, envahissent les organes ou tissus du corps qui les entourent de façon anormale. C'est à partir des cellules que cette maladie prend forme mais comment?

Si pour fonctionner l'être humain a besoin de cet équilibre cellulaire constant: chaque cellule naît, suit une phase de croissance lors de laquelle elle produit plus de protéine et d'ARN*, cette croissance lui permet d'accéder à une phase de synthèse où l'ADN* de la cellule est copié pour ensuite se préparer au moment de la mitose* c'est-à-dire la division de la cellule en de nouvelles cellules. Lorsqu'une cellule s'est développée elle peut aussi mourir c'est l'apoptose* conduisant à la mort programmée des cellules vieilles ou abîmées. C'est le cycle cellulaire du fonctionnement de l'organisme.

Si l'apoptose* n'a pas lieu sur une cellule comportant une mutation, elle peut s'accumuler et se propager. Les tumeurs peuvent être bénignes, elles se développent de façon localisée et n'endommagent pas les tissus voisins mais elles peuvent aussi être malignes. Les tumeurs malignes se propagent et endommagent les tissus et/ou organes voisins. C'est dans cette accumulation que le phénomène de cancérisation peut apparaître.

De ce fait plusieurs types de cancer se distinguent:

- Les carcinomes : les cellules cancéreuses apparaissent dans un épithélium*, le tissu recouvrant les surfaces internes (tissu de revêtement des organes) ou externes (comme l'épiderme).
- Les sarcomes : les cellules cancéreuses apparaissent dans un tissu "de support" comme les os, la graisse ou les muscles.
- Les cancers hématopoïétiques ou hématologiques : les cellules cancéreuses apparaissent dans la moelle osseuse qui fabrique les cellules du sang. Elles peuvent également apparaître dans d'autres organes lymphoïdes* (ganglions lymphatiques, rate, amygdales...).

Il existe différents traitements qui peuvent être cumulés.

- La chirurgie est possible dans certains cas pour retirer la tumeur ou pour une réduction de la masse tumorale.
- La chimiothérapie est utilisée dans différents types de cancer afin de détruire les cellules cancéreuses. Elle est administrée par cure ou par cycles en alternant avec des périodes sans traitement.
- L'hormonothérapie consiste à bloquer la production d'hormones pour les empêcher de développer des cellules cancéreuses.
- L'immunothérapie est dirigée vers certaines cellules ou molécules impliquées dans le développement du cancer en se focalisant sur le système immunitaire.

Les traitements peuvent être curatifs si une guérison définitive est possible, ils deviennent de l'ordre du palliatif lorsqu'il faut ralentir ou faire stagner un temps l'évolution de la maladie. Il est impossible de déterminer avec une extrême précision l'évolution de la maladie sur le patient. En palliatif les traitements visent soit à apporter des soins de confort si le pronostic vital est engagé, soit à un retour à domicile avec une possible HAD* ou dans une autre structure.

Les AVC*

Les AVC* sont des accidents vasculaires cérébraux qui surviennent lorsque la circulation sanguine est interrompue par un vaisseau sanguin bouché ou par un vaisseau sanguin rompu. les différents types d'AVC* sont:

- L'AVC* ischémique, l'artère est bouchée par soit une plaque riche en cholestérol, c'est une thrombose cérébrale soit un caillot de sang venu obstruer l'artère dans ce cas c'est une embolie cérébrale.
- L'AVC* hémorragique est due le plus souvent à une rupture d'anévrisme. D'autres causes peuvent aussi entraîner des hémorragies cérébrales: les tumeurs, les crises d'hypertension et divers troubles de la coagulation.
- L'AIT*, accident ischémique transitoire. Dans ce cas là l'obstruction de l'artère cérébrale se résorbe d'elle-même. Ses symptômes sont les mêmes que ceux d'un AVC* cependant même s'il peut passer pour un malaise il est pourtant un potentiel signal de risque important d'AVC*.

La souffrance psychologique

Le bien être et la santé mentale des patients sont mis à rude épreuve, au même titre que les douleurs physiques, l'état thymique* est un point qui n'est pas à négliger.

La place de l'aidant*

Les aides ne sont pas seulement proposées aux patients, la souffrance de l'aidant* est prise en compte. Des accompagnements psychologiques sont proposés ainsi qu'une assistante sociale pour parvenir au mieux à une aide adaptée. L'aidant* est une personne qui se voit attribuer une place de soutien auprès d'une patiente ou d'un patient, il s'agit souvent de la famille ou de proches de la personne. Cela implique donc une responsabilité supplémentaire qui peut constituer un réel poids dans la charge mentale de la personne aidante* qui doit jongler entre sa vie professionnelle, familiale et aide à domicile ou hospitalière tout en vivant du même coup la souffrance de voir son proche en perte d'autonomie face à la maladie. Souvent l'aidant* s'oublie ou ne se sent pas légitime de souffrir puisqu'il conscientise une forme de hiérarchisation dans les situations "je ne suis pas malade alors je peux le faire". Légitimer la souffrance ressentie et apporter de l'aide à l'aidant* est donc primordial.

La honte

Cette perte d'autonomie induite par la maladie peut créer chez la patientèle une honte face aux changements physiques (avec une modification importante du physique par exemple), du corps ou une détresse de ne plus pouvoir accomplir seul des tâches courantes du quotidien. Dans une conférence *La honte au corps du récit* Mathieu Simonet nous parle de sa mère hospitalisée en USP* dans son livre *La maternité* (qui tient son nom de par l'ancienne fonction du service palliatif qui a été une maternité). Il nous lit un passage où sa mère refuse qu'il l'aide à aller aux toilettes par honte et cette dernière doit attendre l'intervention du personnel hospitalier mais c'est trop tard elle n'a pas pu attendre plus longtemps. Honteuse, elle se sent démunie face à cette perte d'autonomie. Cette honte est une réalité qui peut être dévastatrice sur l'estime de soi.

L'estime de soi

Le changement de vie et les pertes (d'autonomie, sociales, économiques, professionnelles, physiques, etc.) peuvent en plus de la honte amener une perte importante d'estime de soi. La personne se sent souvent inutile, peut avoir une image très dégradée sur son physique, pense ne plus pouvoir rien faire. La patientèle se voit souvent réduite à sa maladie et se sent comme objet de cette hospitalisation elle-même ponctuée par pleins d'objets et machines médicales renforçant cet aspect.

L'anxiété

L'anxiété en soins palliatifs touche autant la patientèle que les aidants*. C'est une détresse qui fait classiquement partie du parcours d'hospitalisation de la personne. L'incertitude de l'évolution de la maladie ou du devenir peut être une véritable source de pression pour la patientèle ou pour l'aidant*. L'anxiété peut apporter des troubles du sommeil, des crises de panique, des incohérences, des troubles de la mémoire, etc.

La notion de deuil

Dans son livre *Les derniers instants de la vie*, la psychiatre Elisabeth Kübler-Ross* retranscrit l'expérience de son vécu quant à ce que ressentent les personnes en fin de vie ainsi que leurs proches. De ce fait, madame Kübler-Ross* dit distinguer 5 grandes étapes: la dénegation, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation.

- La **dénégation** est le simple fait de nier la réalité. Dans certains cas, le simple fait d'être face à cette triste nouvelle semble impossible ou plutôt inconcevable.
- La **colère** exprimée par certains patients peut se retrouver sur différents points, que ce soit dans une recherche de sens où parfois d'anciennes blessures, frustrations passées peuvent ressurgir. Le ou la patiente peut donc devenir agressive, exprimer beaucoup d'exigences, des reproches adressées au corps médical. L'enjeu est de prendre du recul et y voir un repli sur soi, une façon de se protéger. Il faut prendre garde à ce que la personne ne se renferme pas sur elle-même.
- Le **marchandage** est une phase où la personne a compris son état mais demande un peu plus de temps, souhaite accomplir telle ou telle chose. Ces requêtes peuvent être adressées à une divinité, au corps médical ou aux proches. Parfois il est cependant possible d'y répondre positivement (demande de prière ou plus simplement d'une friandise par exemple).
- La **dépression** peut aussi parvenir, (même si elle peut être déjà présente avant la maladie) induite par l'état considérable de fatigue, du choc infligé par toutes les conséquences de la maladie sur la vie de la personne, la dégradation de l'image de son corps, les difficultés financières, le relationnel impacté, la douleur face à l'inéluctable, etc.
- La dernière étape est celle de l'**acceptation**. Aider la personne à traverser cette période difficile (en mettant en place des soins adaptés, de l'écoute et des moments de présence) peut permettre de tendre vers cette étape (ici ce n'est donc pas une problématique mais plutôt une étape vers laquelle on tend).

La notion de deuil se retrouve aussi auprès des aidants qui se retrouvent confrontés à la perte d'un être aimé. Un suivi de deuil leur est proposé ainsi que l'aide d'une assistance sociale.

S'adapter au patient et apprendre à le connaître est donc primordial pour répondre au mieux à ses besoins. Le temps de silence utilisé à bon escient permet au patient une libération de la parole. Parfois le seul fait d'avoir une présence permet d'apporter de l'apaisement aux patients. Il s'agit d'accueillir ce que le patient a à nous confier, sans jugement, lui créer un espace pour exprimer cette souffrance, apporter une ambiance apaisante.

2) La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies.

La volonté d'apporter une possibilité de pratique artistique dans un milieu palliatif peut sûrement paraître dérisoire pour certaines personnes. Pourtant si elle est adaptée il est tout à fait possible d'utiliser une large palette artistique afin de travailler sur les objectifs fixés, d'apporter l'élan créatif ou encore de stimuler les sens. Quelles techniques peut-on utiliser pour des personnes en service de soins palliatifs ?

Pour le choix des techniques artistiques il faut avant tout communiquer avec l'équipe, lors du STAFF* ou quand on le peut pour réfléchir en amont aux techniques artistiques envisageables. Se renseigner sur les capacités des patients (si la personne se fatigue vite, peut tenir un objet ou ne le peut pas, si la personne a un appareil auditif, si elle voit ou ne voit pas, etc.).

Par la suite, à l'image d'une partition de musique, il s'agit de composer avec la personne, d'apprendre à connaître ses goûts, créer une alliance thérapeutique, ne pas forcément s'enfermer dans l'utilisation d'une seule technique artistique et parfois être surpris par l'utilisation d'un médium que nous n'aurions pas pensé possible. Toujours faire preuve de capacité d'adaptation est primordial.

2.1 Les différentes techniques artistiques utilisées

Pour chaque médium, plusieurs choix de techniques sont proposés aux patients en fonction des consignes de l'atelier, par exemple le choix de peindre avec des éponges de différentes tailles ou des pinceaux eux aussi tous différents. Ces choix multiples permettent à la patientèle de travailler le lâcher-prise, d'apprendre à faire des choix et de pouvoir s'orienter vers des choses qui sont aimées par la personne.

Les arts plastiques

Une pratique qui englobe plusieurs techniques. Dans les séances celles qui ont été principalement utilisées sont:

- **La peinture** permet une multitude de choix de couleurs et peut s'utiliser de plein de façons différentes. En emprunte avec une feuille que l'on plie en deux pour jouer sur la surprise des formes qui vont être données et susciter l'envie, avec une éponge pour jouer avec les textures et apporter une nouvelle façon de peindre ou de mobiliser ses mains, avec des pinceaux pour plus de précision. Il est aussi possible de peindre avec des fils de laine pour travailler la concentration, la précision et la surprise des formes données. La peinture peut se faire sur une toile, des feuilles canson, des cartes etc. Son épaisseur permet de jouer avec les contrastes, les textures et son odeur ravive les sens.
- **L'aquarelle** est plus facilement utilisable avec des pinceaux spécifiques à cette peinture, cependant des pinceaux plus communs sont aussi compatibles même s'ils gardent moins la couleur. L'aquarelle est une peinture assez libre. Pour les personnes qui ont un besoin de contrôle c'est une technique qui peut leur faire parvenir un lâcher-prise. En commençant par des consignes telles que remplir la feuille d'eau, y poser la peinture dessus et observer la façon dont les couleurs se mélangent entre elles pour susciter l'émerveillement. Par la suite d'autres techniques peuvent s'y associer, mettre du sel sur une production d'aquarelle créée, en séchant, des effets de stries. Il est aussi possible de l'utiliser pour faire de la peinture corporelle avec très peu d'eau et en faisant des formes simples, elle s'enlève rapidement avec une lingette par exemple.
- **La peinture pailletée** permet de raviver l'enfance et apporte un côté ludique et amusant. Elle peut s'utiliser au-dessus d'une peinture déjà produite ou seule. A la lumière plusieurs reflets stimulent l'émerveillement.
- **Les pelotes de laine ou de coton**, il en existe une multitude de couleurs, de tailles et de textures, elles peuvent aussi avoir des paillettes. Son utilisation est aussi multiple, elle peut permettre de faire des attrapes rêves en la couplant avec un cerclage mais aussi à peindre en l'englobant de peinture (que l'on pose sur une feuille pliée en deux, en enlevant la ficelle des formes se créent). Avec ce matériel, des pompons sont souvent réalisés, de différentes façons selon les goûts et l'objectif. Des poupées peuvent aussi être facilement confectionnées. La texture ravive les sens chez certaines personnes et apaise. Il est aussi possible d'accrocher un pompon avec une pince à linge en bois et, sur la pince à linge, disposer des gouttes d'huile essentielle (en faisant attention aux allergènes) pour propager une odeur différente dans la chambre.

- **Le papier kraft** peut permettre d'utiliser en parti la luminothérapie* couplée à la colothérapie* avec la lumière du soleil. En le scotchant sur une fenêtre, la pièce est baignée de la couleur du papier (favoriser des couleurs vertes et claires pour l'apaisement, le bleu peut être trop froid et peu visible, le violet se rapproche plus d'un sentiment dépressif et le rouge d'une émotion de colère). Le papier kraft sert aussi à fabriquer des fleurs, décorer des cartes, des tableaux, nous pouvons aussi l'utiliser pour faire des collages.
- **Les feuilles** de toutes les couleurs, de différents formats, de différentes textures avec des imprimés et de différentes épaisseurs. Elles servent de support à la peinture, l'aquarelle, les feutres etc. Elles peuvent être découpées pour des collages ou pour écrire des mots. Laisser le choix est important pour stimuler l'élan créatif.
- **Les toiles ou tableaux** sont des supports plus épais qui prennent différemment la peinture. Cette technique peut aider à améliorer la motricité si les patients peuvent tenir l'objet, si le tableau ne peut être tenu c'est l'art-thérapeute qui le tient ou alors il est disposé sur un support, sinon une feuille avec une texture toile peut être utilisée. Peindre sur ce support n'est pas forcément courant pour les personnes alors souvent cela attise leur curiosité. Il est plus aisé d'utiliser des petits formats ou des formats avec des formes différentes (cœurs, ronds, étoiles, etc.).
- **Les cartes postales et enveloppes** permettent de communiquer avec l'entourage ou de contenir des affirmations positives envers soi-même. Elles peuvent être décorées.
- **Les cahiers de mandalas*** permettent de travailler sur la concentration et sont appréciés par les personnes qui ont un besoin de contrôle.
- **Les pastels secs** sont de différentes couleurs, leur texture craie permet une utilisation au doigt qui change des ustensiles habituels. Ils stimulent l'élan créatif et la curiosité due au mélange de couleurs possibles.
- **Les feutres** de toutes sortes, couleurs ou tailles. Permettent au patient de signer ses œuvres, d'écrire, de colorier, de dessiner, etc. Ce sont des ustensiles basiques et très utiles dans les séances.
- **Les crayons de couleurs** peuvent être pris de différentes formes pour que les personnes adaptent la prise en main et travaillent leur motricité. Les couleurs sont souvent plus douces selon l'intensité mise. Les crayons de couleurs sont moins appréciés par des personnes qui n'ont pas envie de retomber en enfance parce qu'ils ou elles se sentent diminués.

La musique

Dans mes séances la musique a été utilisée soit en écoute active soit en écoute passive pour un bruit ambiant. La musique me permet de faire des exercices de pleine conscience à travers la visualisation mentale et l'écoute, souvent en fin de séance, quand la personne est soumise à un fort état d'anxiété ou lorsque la fin de vie des patients est proche. Dans ce cas, les sonorités choisies sont douces, avec du piano ou de la guitare par exemple, couplée à des bruits d'eau, d'oiseaux ou d'éléments apaisants. Elle est aussi utilisée avec la peinture en proposant à la personne de peindre en suivant la musique. Dans d'autres cas, nous écoutons des musiques appréciées par les patients et avons un temps d'échange sur leurs ressentis. La musique stimule les sens et en atelier de groupe, permet de rassembler les gens. Le chant est aussi utilisé durant les séances, chanter des paroles de musiques appréciées permet de favoriser la communication et le lâcher-prise.

La danse

La danse permet d'apporter un autre regard sur sa conscience du corps. Cet art favorise la motricité, le lâcher-prise et peut amuser les patients. Dans le contexte des séances les mouvements étaient simples. Nous avons pu danser avec une patiente que plusieurs AVC* ont rendue hémiparétique. La patiente aimait beaucoup la musique et bougeait sa tête alors nous avons dansé toutes les deux. Pour les personnes qui ne peuvent plus communiquer verbalement la danse permet d'être un support de communication différent.

La littérature

Les personnes en USP* sont presque tout le temps dans leur chambre sauf s'ils ou elles peuvent sortir un peu dehors ou sont transférées ailleurs. La littérature est donc un moyen de s'évader en suivant les aventures de quelqu'un. Certaines personnes n'ont plus la force nécessaire pour tenir un livre alors le temps de lecture peut être proposé. La lecture est utilisée de façon active en laissant la place aux interactions. Ce temps favorise la communication, parfois, la personne s'identifie aux personnages et donne son avis. Cela permet parfois de trouver du sens.

La réalité virtuelle

L'USP* a un casque de réalité virtuelle à disposition de l'équipe. Ce dispositif technique permet une expérience immersive qui plonge la personne dans différents univers. Le casque est placé sur la tête et une tablette permet de contrôler la séance à côté sans toucher au casque. Pendant la séance (qui dure environ 10 minutes). La réalité virtuelle permet de s'évader, d'accéder à un moment de détente. Elle peut être utilisée en début de séance et/ou proposée à une personne qui ne souhaite pas faire de séance pour favoriser un apaisement et potentiellement donner l'envie de continuer la séance d'art thérapie.

3) L'intérêt de l'art-thérapie en Soins Palliatifs

3.1 L'art-thérapie

L'art-thérapie est un soin qui permet, par le biais de la création artistique ou des arts en général, d'accompagner le patient dans son quotidien en lui apportant des moyens pour accéder à un mieux-être. Les séances donnent accès à une façon d'exprimer ses émotions, de dépasser des difficultés personnelles rencontrées, de se sentir plus apaisé face à ses angoisses. L'art-thérapeute exerce ses séances avec bienveillance et une conscience éthique des personnes rencontrées. Nous devons aussi être en capacité d'adaptation constante pour répondre au mieux aux besoins des patients et pouvoir modifier les séances si une problématique est rencontrée. Lors d'une séance Mme A avoue "je ne me confiais jamais avant" les séances ont permis une libération de la parole par l'art. Être à l'écoute et laisser les temps de silence pour favoriser la communication est aussi primordial puisque cela favorise l'alliance thérapeutique et la connaissance du patient qui peut s'exprimer librement.

3.2 L'art thérapie dans le service de soins palliatifs

Dans le service de soins palliatif, la maladie emmène de la douleur physique, psychologique, sociale et spirituelle. Les conséquences de la maladie apportent donc un grand nombre de changements brutaux dans la vie des personnes. Nous pouvons observer une diminution des capacités motrices, une perte d'autonomie, de l'insomnie, des crises d'angoisse, des pertes de sens, de l'isolement... L'art-thérapie peut aider les patients et les aidants* à surmonter certaines de ces problématiques. Pour les patients c'est un soin de soutien conjoint aux traitements médicaux.

"Ainsi nous avons "tenté ce pari" avec elle : pas d'anxiolytique mais une heure de dessin. Le cartésien que je suis fut fasciné par l'efficacité de cette proposition. Quel chemin parcouru par cet homme au cours de son dernier mois de vie ! Peu à peu il s'ouvrit à ses proches, prit un temps privilégié avec chacun de ses enfants et put leur dire combien il les aimait."

Ce texte provient de la préface écrite par le médecin Emmanuel de Larivière dans *L'art-thérapie en soins palliatifs, L'entre-temps* de Carol Duflot art-thérapeute à la maison médicale Jeanne-Garnier dans l'USP*. L'art-thérapie peut permettre de soulager médicalement la patientèle dans le cadre d'anxiété ou de dépression par exemple. Il faut garder à l'esprit que le patient en fin de vie est encore en vie, la personne est par conséquent encore en capacité de vivre d'autres expériences, de continuer à créer de l'art, du lien social ou des émotions. Comme le montre une scène du film documentaire *Les yeux ouverts* de Frédéric Chaudier, les séances peuvent aussi permettre de modifier la routine du patient ou de les sortir de leur chambre ainsi que d'échanger sur leurs productions s'ils en ont la volonté.

Pour l'accompagnement des patients, l'USP* est un lieu où la pluridisciplinarité est primordiale, nous travaillons donc ensemble pour proposer ce qui convient le mieux aux patients. Parfois certaines personnes refusent certaines formes de prise en charge. C'était le cas de Mme P qui se refermait sur elle-même et nous répétait continuellement "laissez-moi, je veux mourir" 4 séances d'art thérapie ont pu être mises en place mais l'alliance thérapeutique était chancelante. Lors d'une séance d'art-thérapie Mme P qui disait ne "plus voir les couleurs" demande de décrire les couleurs qu'elle a choisies pour "voir si nous voyons les mêmes" la question d'un potentiel daltonisme est donc possible et expliquerait cette anxiété face aux couleurs. Lors d'un STAFF* nous discutons des problématiques rencontrées avec les nombreux refus et annulations de séance d'art-thérapie de Mme P qui est aussi suivie par une psychologue dans le service. Nous nous questionnons sur sa prise en charge et sur la façon de faire face à la situation, ses refus réguliers des aides psychologiques ou diminuer les ruminations d'envies de mort. La biographe* du service de soins palliatifs a pu créer cette alliance thérapeutique avec Mme P. Nous avons donc communiqué pour transmettre ce qui avait été repéré en atelier d'art-thérapie ou en réunion pour permettre d'avoir une vue d'ensemble globale. Cette expérience montre l'importance de travailler en équipe, chaque retour est important. Ces temps d'échanges avec les clowns relationnels, la biographe*, les bénévoles ou encore les psychologues et toute l'équipe médicale permettent de rassembler ce que l'on sait des patients, ce qu'ils nous confient et de nous adapter en conséquence tout en répondant à une prise en charge globale.

Cette notion de prise en charge globale prend aussi en compte la souffrance de l'aidant*. Des séances de groupe avec les aidants* peuvent être mises en place pour diminuer la charge mentale de l'aidant*, l'anxiété et créer du lien social.

Créer des liens sociaux favorise la communication sur plusieurs points de l'art-thérapeute vers le patient dans le cadre des séances, l'art-thérapeute vers l'équipe pour les retranscriptions et questionnements sur la prise en charge, du patient ou de l'aidant qui parle de ses œuvres ou des séances au corps pluridisciplinaire du service et du patient envers sa famille.

Cette communication peut permettre une valorisation du patient qui peut se sentir moins démunie et éprouver de la fierté en racontant comment l'œuvre a été produite ou comment se déroulent les séances.

La notion de transmission se retrouve aussi dans le travail du deuil pour la famille et les proches. Lors d'une séance de groupe le mari de Mme A demande s'ils peuvent garder les productions faites durant les séances. Ces productions permettent de laisser une trace et un souvenir des derniers moments de vie. Cela permet aussi d'échanger avec les proches sur les derniers moments de vie et de plaisir ressenti par la personne.

Tous ces points nous permettent de formuler une hypothèse de travail et participent à la réflexion du choix des matériaux et des méthodes utilisées durant les séances d'art-thérapie effectuées.

IIème partie: Matériel et méthodes

1) Matériel

Nous allons aborder, dans ce point, les aspects techniques du stage et de l'étude.

1.1 Le lieu d'accueil

Les séances ont été effectuées dans l'unité des soins palliatifs de Niort. Le lieu a été créé en 2016, il se trouvait au 5ème étage du Centre Hospitalier de Niort puis a déménagé sur le site de Goise au rez-de-chaussée. Le service palliatif déménage une dernière fois fin 2022 et début 2023 pour se situer au 3ème étage du même lieu.

C'est un service de court séjour, les patients y sont hospitalisés pendant quelques jours ou quelques semaines selon leur devenir prévu, la moyenne d'hospitalisation est de deux semaines. Le service comporte 12 chambres. Il est en lien avec l'équipe EMSP* qui intervient à domicile.

Il accueille 1 cheffe de service, 1 cadre de santé, des médecins, 1 interne, des infirmières, des aides soignantes, 3 psychologues, 2 ASH*, 2 secrétaires, 1 assistante sociale, 1 diététicienne, 1 kinésithérapeute, une biographe*.

L'USP* accueille régulièrement des clowns relationnels, des bénévoles de l'association *L'Estuaire* et des socio-esthéticiennes. Pour les personnes exerçant une religion, une présence religieuse est aussi possible.

1.2 Objectifs de prise en charge

La prise en charge est construite à travers l'élaboration d'objectifs art-thérapeutiques définis pour chaque patient. Un objectif principal est convenu, celui-ci est décomposé en plusieurs objectifs intermédiaires permettant d'atteindre l'objectif principal. Pour ce secteur l'objectif principal défini est celui du bien-être.

1.3 Schéma utilisés

L'utilisation de grilles scientifiques nous sert à formuler les objectifs. Les grilles scientifiques sont présentées en annexe, à partir de la page 61, ici seront répertoriés les objectifs retenus et reformulés.

- L'échelle de bien être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) page 62.
3 items sont retenus: "*Je me suis senti(e) détendu(e)*", "*Ma pensée était claire*" "*J'ai eu une bonne image de moi*" et reformulés "**plaisir ressenti**", "**cohérence**", "**sait reconnaître ses qualités**".

- L'échelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton pages 63, 64, 65, 66 et 67.
L'item numéro 2 "*Tension nerveuse*", le numéro 5 "*Trouble de la concentration et de la mémoire*" sont retenus et reformulés "**Diminuer la tension nerveuse**", "**Concentration**".
- L'échelle de Rosenberg pages 68 et 69, cette échelle est utilisée dans les séances pour emmener le ou la patiente à s'auto évaluer.
- Les autres items définis sont propres à l'art-thérapie: "**investissement dans la séance**", "**lâcher-prise**", "**motricité**", "**estime de son travail**".

Ces items permettent une cotation de la progression des séances d'art-thérapie. Elles sont formulées de façon positive afin d'assurer une cohérence des résultats qui nous servent à observer la diminution ou la non-diminution des symptômes et les progrès obtenus ou non.

1.4 Choix des patients pour l'étude

Dans la structure, les patients peuvent nous être adressés par l'équipe soignante et nous pouvons aussi proposer un suivi. L'équipe soignante peut aussi nous introduire auprès des patients pour envisager une rencontre. Le STAFF* permet aussi de se positionner sur une prise en charge si nous envisageons déjà des objectifs possibles avec les patients. Pendant le stage 11 patients ont été rencontrés, et 8 ont suivi plusieurs séances.

Dans le cadre de cette étude 3 patientes seront présentées : Mme B, Mme V et Mme A. A été choisie la patientèle qui a eu l'occasion de suivre le plus de séances pour pouvoir avoir le plus de recul possible sur l'évolution de la prise en charge. L'occasion d'avoir eu des séances de groupe patiente et aidants* a pu avoir lieu dans la prise en charge de Mme V et Mme A ce qui participe aussi au choix de ces patientes pour cette étude.

1.5 Stratégies thérapeutiques

Les stratégies thérapeutiques peuvent être discutées lors du STAFF*, s'interroger et se remettre en question est primordial pour ne pas définir une stratégie trop simple ou trop compliquée qui ne viendrait pas en aide à la patientèle ou risque de la mettre en difficulté. Le dossier médical et le dossier de suivi psychologique sont aussi consultés ainsi que le carnet des bénévoles si visite il y a et l'écoute du compte rendu des clowns relationnels quand elles sont présentes.

Le service de soins palliatifs est un milieu qui ne permet pas toujours d'avoir un premier entretien, c'est un service de court séjour où la santé physique et mentale de la patientèle peut changer drastiquement du jour au lendemain. Le premier entretien est donc souvent accompagné d'une activité artistique et permet de susciter l'envie, de commencer à créer l'alliance thérapeutique.

Pour l'entrée en chambre, le chariot avec le matériel est décoré avec des pompons et des guirlandes lumineuses pour favoriser les interactions. Se mettre en scène et briser le cadre habituel permet de susciter la curiosité et l'amusement de la personne.

Nous établissons ensuite les objectifs intermédiaires répondant au mieux aux besoins et aux goûts de la personne et ils sont communiqués à l'équipe soignante. Ils peuvent être communiqués ou non à la patientèle, certaines personnes aiment s'amuser à deviner l'objectif d'une séance. Dans le cadre de l'objectif de concentration il est souvent divulgué à la personne pour se mettre en condition par exemple.

Créer une ambiance plus positive dans la chambre en la décorant est aussi attrayant pour les personnes.

1.6 Durée de la recherche

Le stage dure 140h, il débute le 12 décembre 2022 et se termine le 3 mars 2023 avec une coupure du 23 décembre 2022 au 30 janvier 2023 à cause du déménagement du service et de la semaine de cours. Le temps de présence couvre le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, le matin ou l'après-midi selon les séances prévues et les STAFF* qui sont le lundi après-midi et le jeudi après-midi.

1.7 Retombées attendues

Les retombées attendues sont propres à chaque personne. Peuvent être recherchés : la diminution de l'état anxieux, une amélioration de l'estime de soi, un investissement dans les séances, une diminution de la tension nerveuse ou encore ressentir du plaisir durant la séance.

Les résultats peuvent être observables a minima dès la première séance, sinon sur la durée.

1.8 Organisation des séances

Le dossier médical est regardé ainsi que le dossier de suivi psychologique pour voir s'il n'y a pas de changement récent même si généralement l'équipe soignante informe directement de la situation si un problème survient.

Nous ne rentrons pas seulement dans une chambre, nous rentrons dans un lieu de vie. Avant de rentrer signaler sa venue en toquant à la porte et en se présentant est primordial pour chaque séance et ce même si la porte est ouverte. Lorsque la personne nous invite à entrer, la séance peut commencer si la personne le souhaite. Il est important que la patientèle se sente décisionnelle de cette présence.

Lorsque la séance se fait en dehors de la chambre, la salle de réunion est accessible et facilement aménageable.

L'entrée se fait toujours avec le chariot décoré et l'entièreté du matériel pour pouvoir s'adapter facilement s'il y a un changement d'atelier ou une autre adaptation à faire avec le matériel..

Pendant la séance notre présence est signalée par le boîtier de présence et/ou une pancarte pour ne pas se faire interrompre.

Les séances débutent toujours sur un temps de discussion pour prendre connaissance de son état thymique*, de fatigue etc. Instaurer une bonne ambiance pour favoriser l'échange.

Les ateliers proposés sont réfléchis pour répondre aux objectifs fixés.

La durée de la séance s'adapte à l'envie et la fatigabilité des personnes.

Instaurer des routines permettant de s'ancrer dans le moment présent et se mettre en condition de création.

Il y a toujours un temps d'échange en fin de séance pour s'auto évaluer et éviter un arrêt brutal de la séance.

Les dates des futures séances sont discutées et parfois mises dans la chambre sur un papier au tableau.

En sortant, enlever sa présence signalée sur le boîtier et favoriser un "au revoir" plutôt qu'un "à demain".

1.9 Evaluation des séances

Les évaluations des séances sont faites avec les objectifs définis. D'abord avec une fiche d'observation de séance puis par les grilles et graphismes de cotations.

2) Méthodes

Comme il a été dit précédemment: dans le cadre de cette étude 3 patientes seront présentées : Mme B, Mme V et Mme A. La patientèle qui a eu l'occasion de suivre le plus de séances a été retenue pour pouvoir avoir le plus de recul possible sur l'évolution de la prise en charge. L'occasion d'avoir eu des séances de groupe patiente et aidants a pu avoir lieu dans la prise en charge de Mme V et Mme A ce qui participe aussi au choix de ces patientes pour cette étude.

2.1 Etude de cas de madame B

Biographie : Mme B est âgée de 59 ans. Elle est mariée et travaillait dans l'entreprise familiale avec son mari. Mme B est inquiète de laisser son mari seul. Elle a 3 enfants de 24, 22 et 20 ans, l'un d'eux a un enfant. Elle a une sœur et 2 beaux-frères décédés de cancer il y a 3 ans. Mme B travaillait beaucoup et aimait aider les autres. Elle aime la musique, la couleur bleu et tricoter mais est triste de ne plus rien pouvoir faire. C'est une personne qui aime les belles formulations de phrases et qui est toujours entourée par ses proches mais qui est aussi sujette aux angoisses de mort.

Anamnèse* : Motif d'entrée : prise en charge palliative d'un carcinome épidermoïde du col utérin diagnostiqué en août 2021 et actuellement métastatique au niveau hépatique et osseux.

Devenir : À son arrivée il y avait un possible retour à domicile avec le soutien de l'HAD* de discuter. Finalement quelques jours plus tard des soins de confort seront appliqués et la possibilité de départ à domicile écartée.

Traitements pouvant influencer sur la prise en charge :

Traitements	Effets secondaires possibles
Morphine	- effets indésirables graves entraînant des difficultés respiratoires ou des sensations vertigineuses. - une somnolence, une confusion, des nausées et vomissements, qui sont transitoires, et une constipation qui doit être prévenue par un traitement adapté.

La morphine est utilisée dans le traitement des douleurs intenses

2.2 Objectifs thérapeutiques

Diminuer l'anxiété :

- Plaisir ressenti.
- Cohérence (absence de confusion).

Estime de soi :

- Sait reconnaître ses qualités.
- Motricité.

Diminuer la tension nerveuse :

- Lâcher-prise.
- Concentration.

2.3 Déroulement des séances de Mme B

S1 - /02	30 min en chambre de Mme B
Objectif de séance	Créer l'alliance thérapeutique, susciter l'envie : objectif atteint.
Atelier proposé	Toucher les différentes matières de pelotes, observer les différents objets de mon chariot, écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.).
Matériel	Pelotes de laine, de coton, tout le chariot avec les affaires.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion. je montre à Mme B ce que j'ai dans mon chariot. Milieu : aime toucher la laine, me parle de ce qu'elle faisait avant avec. Se détend avec la musique. Fin : Temps de discussion, Mme B a hâte de la prochaine séance.
Auto évaluation	“Je ne sais plus rien faire” “Le cancer ça fait peur, c'est comme un crabe qui vous attrape” “Pourquoi moi? J'ai toujours fait le bien dans la vie alors pourquoi moi ?” “j'essaye d'être positive”
Observations	Mme B est en perte de sens, beaucoup de ruminations mais essaye de penser à des choses positives.

S2 - 31/01	1h30 en chambre de Mme B
Objectif de séance	Mobiliser ses mains avec des gestes simples : objectif atteint
Atelier proposé	Peindre une toile avec de l'écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.)
Matériel	Toile, peinture, éponges.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion. Aime la musique relaxante. choisi de prendre les éponges pour peindre plutôt que les pinceaux. Milieu : de plus en plus de lâcher-prise. Fin : Mme B se déprécie mais se reprend. Elle veut faire la surprise de ce qu'elle a fait à ses proches. Mme B me fait écouter <i>Les oubliés</i> de Gauvain Sers. C'est une musique qu'elle écoute beaucoup. Mme B pense à des œuvres qu'elle voudrait donner aux autres, quand je lui dis que nous pouvons aussi en faire pour elle, Mme B sourit et est émue.

Auto évaluation	“La maladie fait pleurer mais le bonheur aussi” “On pleure souvent de malheur mais rarement de bonheur” “Avant je n'arrivais pas à ouvrir une enveloppe, maintenant j'ai réussi à ouvrir le plastique qui entoure la toile!” Mme B dit que cette séance lui a fait du bien et me dit qu'elle n'a plus eu de douleurs pendant la peinture.
Observations	Mme B a plein d'envies de créations, elle me parle du dessin que les clowns relationnels ont fait sur sa fenêtre.

S3 - 01/02	1h30 en chambre de Mme B
Objectif de séance	Apaisement et se rendre compte de sa capacité à faire des choses : objectif atteint.
Atelier proposé	Réaliser des pompons avec écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.).
Matériel	Bobines de laine et de coton.
Déroulement de la séance	Début : Mme B est contente de se souvenir de moi et a hâte de commencer. Temps de discussion, Mme B appréhende le déménagement du service à l'étage du dessus. Se lance facilement dans la séance. Milieu : Mme B essaye de faire les nœuds pour fermer les pompons, parfois perd patience mais arrive à garder son calme et à rester concentrer. Fait plusieurs pompons. Fin : Mme B est très contente de la séance. Mais ses angoisses reviennent. Temps de discussion pour revenir sur la séance et y faire ressortir le positif avant de partir.
Auto évaluation	“J'arrive à le faire” “Je fais plus rien”
Observations	Perte de sens. Il y a une amélioration de la motricité à chaque pompon. La fin de séance semble compliquée pour Mme B, il y a comme un retour à la “réalité” compliqué. La sœur de Mme B nous a rejoint vers la fin et me confie personnellement que ça la rassure de savoir que Mme B suit ces séances d'art-thérapie.

S4 - 02/02	En chambre de Mme B
Le déménagement a beaucoup perturbé Mme B, son frère est présent. Mme B arrive à me dire qu'elle ne se sent pas de faire une séance aujourd'hui. Je prends le temps de l'écouter et nous fixons une séance pour demain. Nous avons aussi parlé des pompons que Mme B a réalisés hors séance avec sa sœur.	

S5 - 03/02	1h30 en chambre de Mme B
Objectif de séance	Favoriser l'apaisement : objectif atteint.
Atelier proposé	Créer une poupée avec de la laine avec écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.).
Matériel	Bobines de laine et de coton.
Déroulement de la séance	Début : Mme B est en présence de sa tante. Mme B est repliée sur elle-même, j'entend des paroles négatives venant de sa tante. Je demande un temps avec Mme B pour notre séance prévue aujourd'hui. Sa tante me dit qu'elle allait partir parce que "ça sert à rien de rendre visite, ça n'est pas intéressant". Quand nous sommes seules Mme B me confie le soulagement du départ de sa tante. Mme B répète qu'elle ne sait plus rien faire. Demande si l'équipe remarque ses progrès. La conversation est recentrée sur Mme B en lui demandant si elle remarque ses progrès (oui). Mme B a envie de commencer la séance. Milieu : Mme B réalise le pompon sans problème, parvient à tenir son verre d'eau et à faire des nœuds avec la laine pour fermer le pompon. Fin : Mme B veut rajouter des yeux sur la poupée et l'appelle Bonheur. Nous l'accrochons au-dessus de son lit.
Auto évaluation	A la fin de la séance, Mme B est fière d'elle.
Observations	Malgré le début de séance compliqué Mme B a pu faire la séance et la terminer de façon positive. Sa poupée Bonheur la rassure.

S6 - /02	30 min en chambre de Mme B
Objectif de séance	Diminution de la tension nerveuse : objectif atteint.
Atelier proposé	Écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.).
Matériel	Appareil pour mettre de la musique.
Déroulement de la séance	Début : Mme B est en fin de vie, sa sœur est présente. Mme B est agitée et ne parvient plus à articuler. Je prends le temps de l'écouter. Milieu : j'invite Mme B à regarder sa poupée accrochée au-dessus d'elle et à se concentrer sur les sonorités relaxantes, il y a des bruits d'eau et d'oiseaux, d'eau et de guitare, je la guide dans des images mentales. Fin : Mme B s'endort plus détendue, je lui dis au revoir.
Auto évaluation	—
Observations	Mme B est confuse et agitée mais toujours bien entourée par sa

	famille.
--	----------

S7 - /02	30 min en chambre de Mme B
Objectif de séance	Diminution de la tension nerveuse : objectif atteint.
Atelier proposé	Écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.) et contact avec les pelotes de coton.
Matériel	Pelote de coton et appareil pour mettre de la musique.
Déroulement de la séance	Début : Mme B est crispée. Sa sœur est présente. Comme à la séance précédente je lui mets des sonorités relaxantes et lui pose une pelote de coton dans la main, Mme B la caresse. Milieu : temps de discussion avec sa sœur. Elle accepte la situation même si ça la rend triste, elle souhaite que sa sœur souffre le moins possible. Fin : Mme B s'endort plus détendue, je lui dis au revoir.
Auto évaluation	—
Observations	La présence de l'art-thérapie permet à la sœur de Mme B de s'apaiser aussi, son temps de présence à l'hôpital étant conséquent elle me dit que ces moments lui permettent de souffler un peu.

2.4 Etude de cas de madame V

Bibliographie : Mme V est âgée de 58 ans. Elle exerce le métier de secrétaire comptable. Elle aime regarder la télé et rigoler. Ses couleurs préférées sont le rouge et l'orange. Mme V a une fille et deux sœurs qui passent souvent la voir à l'hôpital. La mère de Mme V lui rend visite quand elle le peut. C'est une famille soudée et aimante.

Anamnèse* : patiente en prise en charge palliative d'un glioblastome frontal inter hémisphérique. La patiente se présente pour des chutes à répétition et un maintien au domicile compliqué malgré les aides actuelles.

Traitements pouvant influencer sur la prise en charge :

Traitements	Effets secondaires possibles
Keppra	- rhinopharyngite, somnolence, céphalée, fatigue et sensation vertigineuse

Le keppra est indiqué dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation

2.5 Objectifs thérapeutiques

Apaisement:

- Plaisir ressenti.
- Cohérence (absence de confusion).

Estime de soi:

- Sait reconnaître ses qualités.
- Estime de son travail.

Investissement dans la séance:

- Lâcher-prise
- Concentration.

2.6 Déroulement des séances de Mme V

S1 - 14/02	2h30 en chambre de Mme V
Objectif de séance	Créer l'alliance thérapeutique : objectif atteint.
Atelier proposé	Remplir une toile en forme de coeur avec ses couleurs préférées, mettre une enveloppe derrière, écrire des compliments envers soi-même ou des sentiments positifs pour les mettre dedans.
Matériel	Toile, peinture, paillettes, éponge, pinceaux, une enveloppe, papiers colorés, feutres.
Déroulement de la séance	Début : du mal à se concentrer, prend le temps de choisir les couleurs, s'amuse et veut bien faire. Milieu : se déprécie beaucoup, mise en place d'un jeu : à chaque fois que Mme V se déprécie elle peut se donner un compliment à l'oral. Le jeu fait rire Mme V. Fin : Mme V peine à mettre un compliment dans l'enveloppe alors elle note qu'elle se sent détendue.
Auto évaluation	"C'est bien de s'apporter de l'amour à la Saint Valentin" "Je me sens détendue"
Observations	L'enveloppe sera le fil conducteur des séances, elle permet d'instaurer une routine et que Mme V puisse être attentive à ce qu'elle ressent. Mme V me demande si j'ai un rouleau pour la peinture, je n'en ai pas mais je lui en fabrique un avec une éponge et le bout d'un pinceau.

S2 - 17/02	2h30 en chambre de Mme V
Objectif de séance	Travailler la concentration et l'estime de soi en stimulant la curiosité et l'observation : objectif atteint.
Atelier proposé	Se concentrer sur une aquarelle puis observer ce que produit le sel sur de l'aquarelle. Continuer la routine des mots dans l'enveloppe.
Matériel	Feuilles canson, aquarelle, pinceau, feutres, sel.
Déroulement de la séance	Début : intriguée par ce que l'on va faire. J'informe que l'on va travailler sur la concentration pour préparer Mme V. "Holala... vous avez raison". Se lance, motivée. Milieu : s'amuse à essayer plusieurs techniques d'aquarelle, veut en faire pour sa fille. Lâche prise. Fin : On observe ses œuvres puis on met le mot dans l'enveloppe.
Auto évaluation	"Ha bah je suis douée" Se sent "détendue" et "relâchée".

Observations	Mme V à conscience que la concentration est compliquée pour elle mais est contente de travailler sur ça. 3 productions sont réalisées, Mme V a eu de plus en plus de concentration.
--------------	---

S3 - 20/02	2h en chambre de Mme V
Objectif de séance	S'apaiser : objectif atteint.
Atelier proposé	Observer les mots dans l'enveloppe, en parler et y ajouter quelque chose qui l'apaise.
Matériel	Feutres, stylos gel, feuilles colorées.
Déroulement de la séance	Début : difficultés de concentration, douleurs au ventre et confusion. Mme V ne se sent pas très bien aujourd'hui alors j'adapte la séance. On enlève le sel des anciennes productions qui ont séchées. Milieu : en revenant sur les mots Mme V se souvient et se sent mieux. Mme V veut mettre un dessin de soleil dans l'enveloppe. Fin : très souriante, rigole beaucoup, écrit "je m'étape" avec sa confusion et veut le laisser comme ça pour se faire une blague quand les mots seront regardés plus tard.
Auto évaluation	"Je suis curieuse" "Je m'épate"
Observations	Mme V ne se souvenait plus pourquoi nous faisons les mots "c'est pour les sourds et les aveugles?", revenir sur les mots de cette routine et les séances permettent de créer du sens aux souvenirs et de mieux les ancrer. Mme V finit par se souvenir ce qui l'apaise. Mme V est très minutieuse, elle prend le temps de bien choisir les couleurs pour son soleil/fleur, pendant la séance elle pense à autre chose. Sa première qualité est aussi notée dans l'enveloppe.

S4 - 21/02	2h30 en chambre de Mme V
Objectif de séance	Créer du lien : objectif atteint.
Atelier proposé	Mme V fait un arbre sur une feuille. La famille dessine ou fabrique des fleurs ou des feuilles. Ensemble, elles rassemblent le tout pour créer un arbre. Proposition de coller un petit mot sur l'arbre. Nous mettons aussi de la musique (des chansons de Patrick Bruel très affectionnées par Mme V).
Matériel	Feuilles colorées, feuilles avec des imprimés, feuilles qui brillent, feutres, stylos gel, crayons de couleurs, papier kraft, colle.

Déroulement de la séance	Début : sa mère et une des sœurs de Mme V sont présentes, la sœur de Mme V me demande si c'est possible de faire une séance. J'ai du m'adapter mais c'était déjà une volonté de ma part alors j'avais déjà pensé à ce que nous pourrions faire. Le groupe est enthousiaste et ému de ce moment. Milieu : tout le monde est concentré, beaucoup de partage, de communication, de rire et de bienveillance. Mme V chante avec les chansons qui passent. Fin : la famille est apaisée, la mère de Mme V est pudique pour écrire le petit mot mais y parvient. Elles sont contentes de la séance.
Auto évaluation	Mme V très souriante est contente d'expliquer à sa famille comment se passent les séances. Sa sœur est heureuse de ce moment partagé en famille. Sa mère était contente de se replonger en enfance. La famille se sent détendue et soudée. Plus tard, la sœur de Mme V me confie qu'il y a quelques temps elles avait voulu faire des fleurs en papier kraft mais sa mère ne se sentait pas capable. Elle était émue de voir qu'elle avait réussi à en faire.
Observations	Il y a eu beaucoup de moment d'échange et de rire (sa sœur lui a collé une fleur sur le nez). Mme V a su s'affirmer sans s'imposer et laisser sa famille construire l'arbre avec elle. Beaucoup de communication et de bienveillance. Mme V s'amusait à chanter des chansons de Patrick Bruel.

S5 - 24 /02	1h en chambre de Mme V
Objectif de séance	S'évader : objectif atteint.
Atelier proposé	S'évader avec une séance de casque de réalité virtuelle.
Matériel	Casque de réalité virtuelle.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, je mets le mode relaxation. Milieu : se détend de plus en plus. Fin : temps d'échange sur ce que Mme V a ressenti. Nous faisons le point sur les séances précédentes et regardons le mandala* qu'une de ses sœurs lui a offert.
Auto évaluation	"Ça permet de s'évader!"
Observations	Je remarque que Mme V est très preneuse d'exercice de relaxation et de conscience du corps. Mme V, ne pouvant plus se déplacer seule, est heureuse de pouvoir s'évader avec la réalité virtuelle.

S6 - 28/02	2h en chambre de Mme V
Objectif de séance	Travailler la concentration dans un cadre moins libre qu'avec les encres : presque atteint mais interrompu. Adaptation de l'objectif. Trouver de l'apaisement : objectif atteint.
Atelier proposé	Choisir un mandala* et colorier ce que l'on veut dedans. Exercice de conscience de soi avec sonorités relaxantes et visualisation.
Matériel	Mandala*, crayons de couleurs.
Déroulement de la séance	Début : souriante, choisit le mandala* minutieusement ainsi que les couleurs. Milieu : est concentrée dans son mandala*. Mais Mme souhaite aller aux toilettes. Mme V ne peut plus y aller seule nous appelons donc une aide soignante. Lorsque Mme V revient elle s'est renfermé sur elle-même et me fait part de la difficulté de ce moment pour elle. Je lui propose un exercice de conscience de soi et de relaxation. Fin : Mme V s'apaise et somnole pendant 15-20 minutes.
Auto évaluation	Se sent démunie de ne plus pouvoir se débrouiller seule pour aller aux toilettes. "Je n'avais pas fait de sieste depuis longtemps, ça fait du bien!" A beaucoup aimé l'exercice de conscience de soi. Me demande de le refaire la prochaine fois.
Observations	Il a fallu s'adapter et changer l'objectif. Mme V s'est montrée vulnérable et honteuse, les exercices de conscience de soi et de visualisation avec des sonorités relaxantes permettent à Mme V de se recentrer sur elle-même et de s'apporter de l'amour.

S7 - 01/03	1h30 en chambre de Mme V
Objectif de séance	L'apaisement : objectif atteint.
Atelier proposé	Proposition d'écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.) et de conscience de soi dans la visualisation.
Matériel	Appareil pour diffuser de la musique.

Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, nous regardons le mandala* que Mme V a continué en mon absence après la séance dernière, Mme V me montre le papier qu'elle a fait répertoriant les couleurs utilisées pour le mandala* et pour compenser ses trous de mémoire. Milieu : de plus en plus détendue avec l'écoute musicale et les exercices de visualisation. Fin : temps d'échange, se sent apaisée.
Auto évaluation	Mme V sent détendue et fatiguée. Mme V est inquiète quant à ses pertes de mémoire.
Observations	Mme V avait oublié qu'elle avait continué son mandala*. Cependant Mme V compense ses pertes de mémoire en se faisant des moyens mnémotechnique et en se laissant des petits mots.

S8 -02 /03	2h30 en chambre de Mme V
Objectif de séance	Travailler la concentration avec un médium minutieux : objectif atteint.
Atelier proposé	Proposition de peindre avec du fil et écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.)
Matériel	Feuilles canson, peinture, pinceaux, fils de coton.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, Mme V est intriguée par la consigne proposée. Milieu : s'émerveille du résultat, s'amuse à trouver à quoi ressemblent les formes données. Temps de relaxation et de conscience de soi. Fin : On regarde tous les mots et dessins dans l'enveloppe. Mme V rigole sur l'étourderie qu'elle avait faite ("je m'étape"). Mme V les dispose devant elle minutieusement et prend le temps de les regarder. Je lui propose d'écrire un autre mot mais le dernier elle veut me l'adresser à moi "Merci".
Auto évaluation	Mme V est fière de ce qu'elle a fait, elle rit sur ces étourderies et est apaisée.
Observations	Une des séances avec le plus d'évolutions. J'avais déjà proposé à Mme V d'écrire pour ses proches mais la présence de sa tumeur au cerveau peut lui apporter des difficultés pour retranscrire ce qu'elle ressent pour autrui. Lorsque je lui ai proposé d'écrire un autre mot pour elle dans l'enveloppe, Mme V me dit "non je sais ce que je vais écrire" Je n'avais jamais pensé que Mme V pourrait m'écrire ce mot de façon aussi spontanée. Confusion sur la date du jour.

S9 - 03/03	2h en chambre de Mme V
Objectif de séance	Lâcher-prise : objectif atteint.
Atelier proposé	Suite du mandala*, écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.) et exercices de conscience de soi.
Matériel	Mandala*, crayons de couleurs.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, choisi les couleurs rapidement et à plus confiance en elle. Rigole beaucoup. Milieu : Mme V prend en photo le mandala* pour l'envoyer à sa sœur. Temps de conscience de soi. Fin : temps de discussion.
Auto évaluation	"Je suis détendue et apaisée"
Observations	Mme V se met moins de pression pour trouver les couleurs, il y a eu beaucoup de rires. Mme V se concentre aussi parce qu'elle veut faire une jolie photo du mandala* pour sa sœur.

2.7 Etude de cas madame A

Biographie : Madame A est âgée de 68 ans. Elle est mariée et a un fils et une mère très présents pour elle. C'est une personne qui a peur de se confier aux mauvaises personnes. Elle aime les musiques de Jean Ferrat, les couleurs roses et bleu, les fleurs, son chat et la lecture notamment les romans d'amour.

Anamnèse* : Patiente hospitalisée pour la prise en charge palliative d'un carcinome du col utérin en arrêt des traitements spécifiques dans un contexte de douleurs pelviennes et d'épuisement de l'aidant*.

Traitements pouvant influencer sur la prise en charge :

Traitements	Effets secondaires possibles
Neurontin	- Agressivité, confusion et labilité émotionnelle, dépression, anxiété, nervosité, trouble de la pensée. - Somnolence, étourdissements, ataxie. - Infection virale. - Anorexie, augmentation de l'appétit.

Le Neurontin peut être utilisé pour traiter les douleurs neuropathiques périphériques (douleurs persistantes causées par des lésions des nerfs).

2.8 Objectifs thérapeutiques

Diminuer l'anxiété :

- Plaisir ressenti.
- Cohérence (absence de confusion)

Estime de soi :

- Estime de son travail.
- Motricité

Expression de soi :

- Lâcher-prise
- Communication

2.9 Déroulement des séances de Mme A

S1 - 21/02	1h en chambre de Mme A
Objectif de séance	Créer l'alliance thérapeutique : objectif atteint.
Atelier proposé	Peindre avec une écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.). Essayer de remplir la toile en se concentrant sur les sensations.
Matériel	Tableau, peinture, éponge, laine.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, écoute musicale. Milieu : de plus en plus d'élan dans la peinture qu'elle a choisi bleue. Fin : fini en écoutant de la musique et en touchant de la laine.
Auto évaluation	"Des fois j'ai des élans comme ça". (fierté éprouvée face à la réussite de bouger la main).
Observations	A un moment Mme A a parlé d'elle à la 3ème personne du singulier. Pendant la peinture : pas de confusion. Les deux mains sont utilisées.

S2 - 22/02	30 min en chambre de Mme A
Objectif de séance	Être attentif aux sens, à la conscience de soi pour s'apaiser : objectif atteint.
Atelier proposé	Peinture corporelle sur le bras avec écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.) en se focalisant sur ses sensations.
Matériel	Peinture, pinceaux.
Déroulement de la séance	Début : très asthénique*, a du mal à communiquer, un peu agitée, me répond beaucoup par gestes. Milieu : s'apaise de plus en plus. Fin : est détendue, s'endort presque.
Auto évaluation	Avec la somnolence de fin de séance Mme A me fait un hochement de tête quand je lui demande si ça lui a plu.
Observations	Tout au long de la séance Mme A s'est détendue et relâchée progressivement.

S3 - 24/02	1h en chambre de Mme A
Mme A est très asthénique* et a de la visite, la séance n'est donc pas possible.	

S4 - 27/02	1h en chambre de Mme A
Objectif de séance	Favoriser la communication : objectif atteint.
Atelier proposé	Proposition de lecture. La lecture est faite de façon interactive, laissant le temps de rebondir sur ce qui est lu.
Matériel	Livre apprécié de Mme A.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, Mme A me reconnaît après m'être présentée. Elle se souvient de ce qu'elle avait ressenti pendant les séances. Milieu : apprécie le temps de lecture, interagit avec ce que je lis. Fin : le livre parle du deuil et du rapport aux couleurs, madame A fait un parallèle avec ce qu'elle ressent. On parle de sa toile puis on projette de la finir.
Auto évaluation	" C'est avec la maladie que j'ai appris à aimer le bleu, je n'y avais jamais réfléchi avant mais je me suis trouvée belle en bleu". "Je ne m'étais jamais autant confiée avant, même pas à mes amies"
Observations	Mme A sort plus facilement ses mains et les utilise pour prendre des objets. Mme A est heureuse de se confier et d'être écoutée, a hâte de continuer la toile.

S5 - 28/02	1h20 en chambre de Mme A
Objectif de séance	Travailler le lâcher-prise et la motricité : objectif atteint.
Atelier proposé	Continuer la toile de la première séance avec écoute musicale.
Matériel	Toile, peinture, paillettes, éponge.
Déroulement de la séance	Début : Temps de discussion, souriante avait hâte de ce moment. Milieu : les couleurs sont vite choisies, Mme A veut s'amuser, me demande des paillettes, lâcher-prise. Fin : contemple son œuvre, temps de discussion.
Auto évaluation	" Je n'ai jamais eu l'occasion de contempler mon travail". Mme A a ressenti du bien-être et de la fierté.
Observations	Quand Mme A peint, elle s'éveille et amplifie son geste. Mme A a voulu mettre ses couleurs préférées et un cœur rouge.

S6 - 01/03	1h en chambre de Mme A
Objectif de séance	Continuer à travailler la motricité : objectif atteint avec un peu d'aide.
Atelier proposé	Réalisation de pompons tout en prenant le temps de toucher les différentes matières.
Matériel	Pelotes de laine, de coton, d'autres matières.
Déroulement de la séance	Début : temps de discussion, me confie qu'aujourd'hui ça ne va pas fort. La proposition de séance la fait sourire, ça lui rappelle sa grand-mère qui lui avait appris à faire des pompons. Milieu : heureuse de bouger ses mains, de plus en plus de motricité. Fin : me parle de ses fleurs, je lui fais une fleur en papier craft qu'on accroche sur le pompon.
Auto évaluation	"How ça me rappelle mon enfance". Mme A a pensé à autre chose pendant la séance. Elle est triste que nos séances se finissent bientôt, nous discutons d'une possibilité de suivi psychologique.
Observations	Mme A est très investie dans les séances et se confie aisément sur ses ressenti ou sur sa vie.

S7 - 02/03	30 min en chambre de Mme A
Objectif de séance	Trouver de l'apaisement : objectif atteint.
Atelier proposé	Temps de discussion, écoute de sonorités relaxantes (guitare, bruit de l'eau, d'oiseaux etc.), guirlande de fleurs en papier.
Matériel	Fils de coton, papier craft.
Déroulement de la séance	Début : Comme convenu la veille je repasse voir Mme A pour un temps de présence. Il n'y avait pas de séance prévue mais finalement Mme A me confie qu'elle se sent de plus en plus fatiguée et qu'elle n'est pas sûre "d'être là demain". Milieu : Nous fabriquons donc une guirlande de fleurs pour décorer sa chambre. Fin : nous revenons sur tout ce qui a été fait. Mme A me remercie pour toutes ses séances.
Auto évaluation	Mme A a aimé rire pendant ce moment. Elle me confie qu'elle a besoin de temps pour elle. Mme A me dit qu'elle se sent détendue.
Observations	Beaucoup d'échanges et de rires durant cette séance. Je lui dis au revoir et nous convenons d'une séance demain matin au lieu de l'après-midi sur la demande de Mme A.

S8 - 03/03	20 min en chambre de Mme A
Objectif de séance	Créer du lien, libérer la parole : objectif atteint.
Atelier proposé	Séance de groupe, discussion avec la famille (sa mère, son mari et son fils), écoute musicale de <i>La Montagne</i> de Jean Ferrat.
Matériel	—
Déroulement de la séance	J'apprends que la famille de Mme A a été appelée à son chevet. Début : pour honorer tout de même ma parole je vais dans la chambre. Discussion avec la famille qui me demande s'ils peuvent garder les œuvres. M. A n'ose pas s'approcher de sa femme. Je réponds à leurs questions et leur dis que je vais leur laisser de l'intimité mais ils me demandent de rester. Milieu : son mari me parle de <i>La Montagne</i> de Jean Ferrat. Je propose une écoute musicale et invite son mari à s'asseoir à côté de Mme A. Fin : Mme A sert la main de sa mère (qui s'exclame de surprise et de joie) et de son mari, ouvre les yeux, le regarde et marmonne.
Auto évaluation	—
Observations	Ce n'était pas prévu mais je me suis adaptée sur le moment. La famille de Mme A me remercie, sa mère est heureuse d'avoir vu sa fille ouvrir les yeux, son fils prend la toile dans ses mains et l'observe, son mari n'est pas fermé à un suivi de deuil avec un.e psychologue, son fils dit que ça serait bien. La famille est touchée de pouvoir garder toutes les œuvres de Mme A. La musique et les séances ont permis de réunir la famille ainsi que de permettre cette interaction.

IIIème Partie : Résultats

1) Echelles scientifiques

Retranscription des échelles scientifiques (pages 18-19) utilisées et reformulées pour la cotation des 3 séances ainsi que les items art-thérapeutiques.

2) Items spécifiques personnalisés

Objectifs	Echelles scientifiques	Items reformulés	Items propres à L'art-thérapie
Diminuer l'anxiété	Echelle de bien être mental de Warwick-Edinburgh	- plaisir ressenti - cohérence	
Apaisement	Echelle de bien être mental de Warwick-Edinburgh	- plaisir ressenti - cohérence	
Estime de soi	Echelle de bien être mental de Warwick-Edinburgh	- sait reconnaître ses qualités	- Estime de son travail - Motricité
Expression de soi			- lâcher-prise - communication
Investissement dans la séance	Echelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton, item 5	- concentration	-lâcher-prise
Diminuer la tension nerveuse	Echelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton, item 2	- diminuer la tension nerveuse	- lâcher-prise

3) Grilles d'observation de séance et bilan pour chaque cas

Résultats de Mme B

Items spécifiques de Mme B

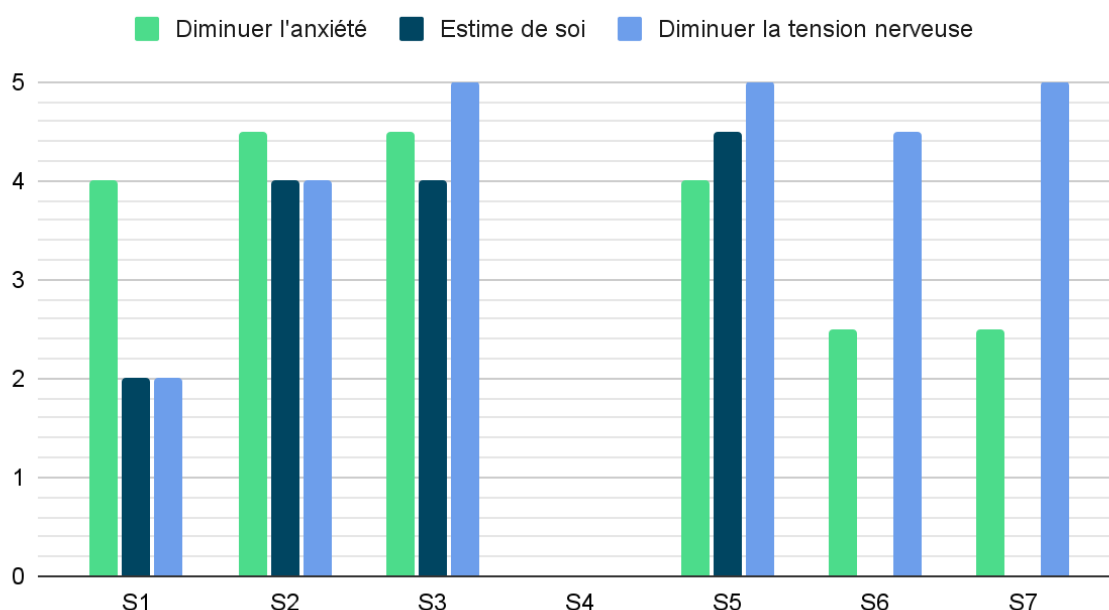
Mme B	Objectif principal : bien-être								Moyenne des items
Items		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	
Diminuer l'anxiété	Plaisir ressenti	3	5	5		5	3	3	4
	Cohérence (absence de confusion)	5	4	4		3	2	2	3,3
Estime de soi	Sait reconnaître ses qualités	2	5	4		4			3,7
	Motricité	2	3	4		5			3,5
Diminuer la tention nerveuse	Lâcher-prise	1	4	5		5	4	5	4
	Concentration	3	4	5		5	5	5	4,5
Moyenne par séance		2,6	4,1	4,5		4,5	3,5	3,7	3,8

La cotation des items est celle-ci :

1. Aucun.e ou presque
2. Un peu
3. Plus présent.e
4. Très présent.e
5. Sur toute la durée

La séance orange représente une séance annulée. Les cellules grisées signifient que Mme B était trop asthénique* pour pouvoir évaluer ces objectifs.

Résultats de Mme B



Bilan : Lorsque les séances ont commencé, Mme B était extrêmement anxieuse et se rabaisait beaucoup. La perte de sens donnait lieu à des ruminations “Pourquoi moi?”.

L’anxiété a diminué pendant plusieurs séances et même si les résultats sont plus bas dans les dernières séances cela s’explique par le déménagement du service qui a beaucoup angoissé MmB et par son état asthénique* aux deux dernières séances.

L’estime d’elle-même fût revalorisée durant les séances, cependant il n’y a pas de données pour les dernières séances parce que Mme était trop asthénique*, cet objectif n’a plus été prit en compte à partir de la séance 6.

La diminution de la tension nerveuse est l’objectif que nous avons travaillé sur la totalité des séances. Mme B a tendance à se crisper et à se tendre mais au fur et à mesure des séances Mme B se détend sans problème quand la séance commence et s'endort.

Durant la prise en charge, la dernière production de Mme B est une poupée qu’elle a voulu appeler Bonheur et que nous avons accrochée sur son lit au-dessus de sa tête pour la rassurer. Finalement Mme B a pu accéder à un bien-être, le cancer était de moins en moins abordé et son sujet préféré c’était le bonheur.

Mme B est décédée le 8 février 2023.

Résultats de Mme V

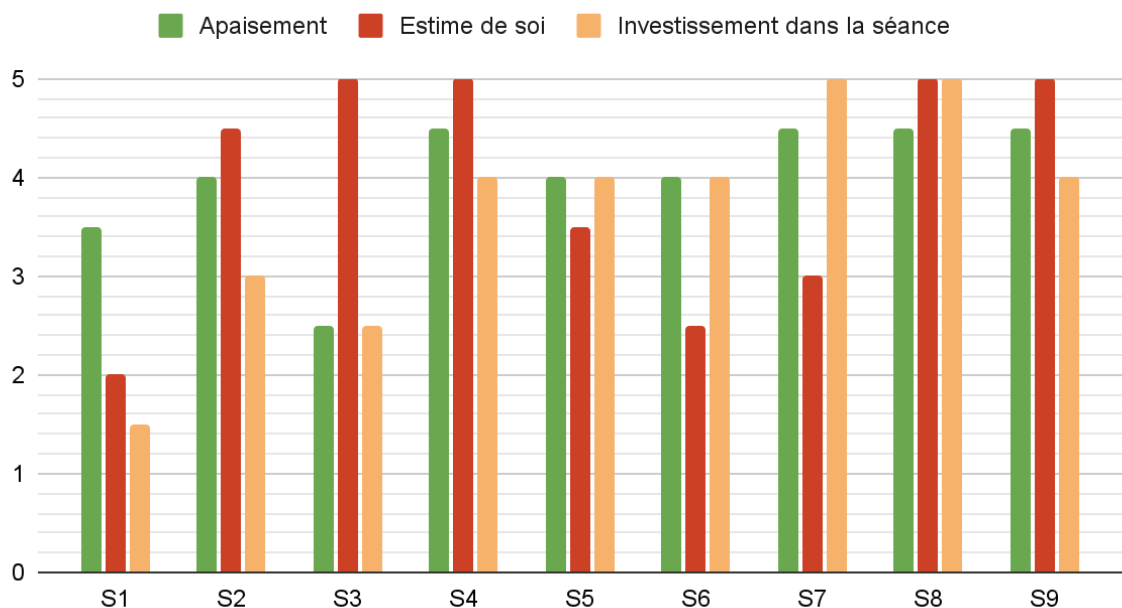
Mme V	Objectif principal : bien-être										Moyenne des items
	Items	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
Apaisement	Plaisir ressenti	4	5	3	5	5	4	5	5	5	4,5
	Cohérence absence de confusion	3	3	2	4	3	4	4	4	4	3,4
Estime de soi	Sait reconnaître ses qualités	1	4	5	5	3	2	3	5	5	3,6
	Estime de son travail	3	5	5	5	4	3	3	5	5	4,2
Investissement dans la séance	Lâcher-prise	2	3	3	4	4	4	5	5	4	3,7
	Concentration	1	3	2	4	4	4	5	5	4	3,5
Moyenne par séance		2,3	3,8	3,3	4,5	3,8	3,5	4,1	4,8	4,5	3,8

La cotation des items est celle-ci :

1. Aucun.e ou presque
2. Un peu
3. Plus présent.e
4. Très présent.e
5. Sur toute la durée

La séance en Vert représente une séance de groupe faite avec Mme V, une de ses sœurs et sa mère.

Résultats de Mme V



Bilan : Mme V compense beaucoup ses “faiblesses” ce qui explique pourquoi il y a parfois de grands écarts. Nous essayons de rendre l’utilisation de ses capacités plus équitable par exemple avec le casque de réalité virtuel pour se focaliser sur l'apaisement et l’investissement dans la séance en stimulant l’émerveillement durant la séance 5.

L'apaisement est favorisé par les sonorités d’oiseaux et de bruit de l’eau dans les dernières séances, Mme V s'endort d’apaisement pendant la fin de l’écoute sonore. Mme V veut qu’on fasse des exercices de conscience de soi à chaque fin de séance.

Les séances 5, 6 et 7 nous montrent que Mme V a eu une baisse d’estime d’elle-même, Cette diminution s’explique par la multiplication de chutes liée à sa tumeur Mme V a exprimé le fait de se sentir frustrée de ne pas pouvoir aller aux toilettes toute seule, a exprimé de la honte. Se recentrer sur la routine des mots positifs et des qualités écrites dans l’enveloppe a permis à Mme V une revalorisation d'elle-même en prenant conscience de tout ce qu’elle avait fait.

L’investissement dans les séances a eu une évolution positive. Mme V a pu faire un mandala* chose qui n’aurait pas été possible dans les premières séances. Mme V a beaucoup d’humour sur ses pertes de mémoire.

Résultat de Mme A

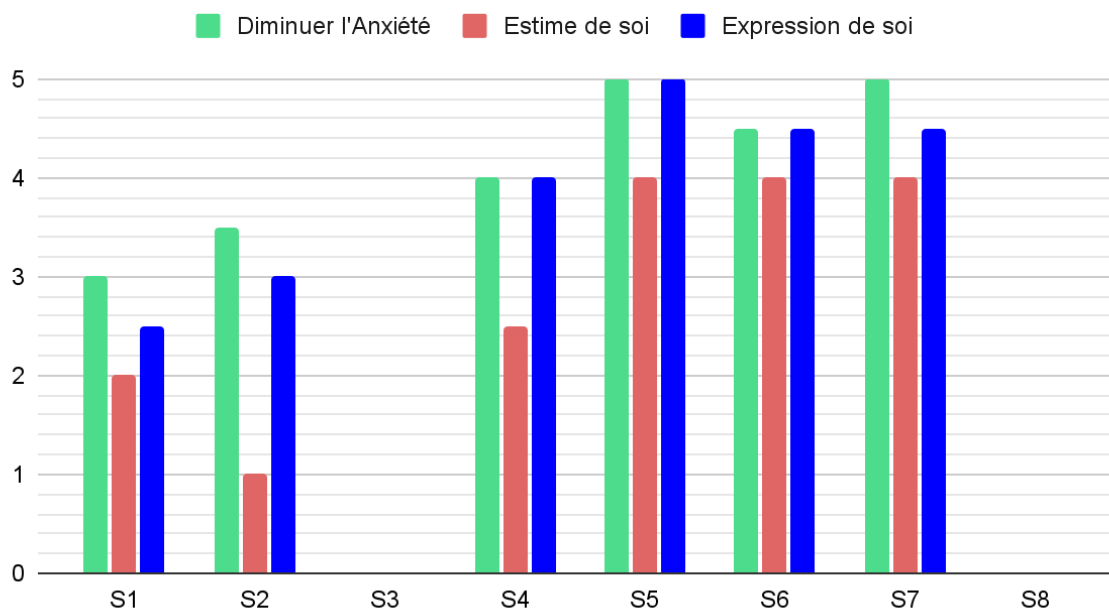
Mme A		Objectif principal: bien être								Moyenne des items
Items		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	
Diminuer l'anxiété	Plaisir ressenti	4	4		4	5	4	5		4,3
	Cohérence (absence de confusion)	2	3		4	5	5	5		4
Estime de soi	Estime de son travail	2	1		3	5	4	5		3,3
	Motricité	2	1		2	3	4	3		2,5
Expression de soi	Lâcher-prise	3	4		4	5	4	4		4
	Communication	2	2		4	5	5	5		3,8
Moyenne par séance		2,5	2,5		3,5	4,6	4,3	4,5		3,65

La cotation des items est celle-ci :

1. Aucun.e ou presque
2. Un peu
3. Plus présent.e
4. Très présent.e
5. Sur toute la durée

La séance en orange est une séance annulée. En vert c’est une séance de groupe avec la famille de Mme A. S’il n’y a pas de cotation c’est parce que son état ne le permettait pas, la séance permettait de réunir la famille autour de Mme A.

Résultats de Mme A



Bilan : A la première rencontre avec Mme A, elle était très peu communicative et méfiante. Ses deux mains sont sous le drap, posées à l'emplacement de son cancer.

Diminuer l'anxiété était donc une priorité. Mme A s'amuse à deviner les objectifs de séances, l'état anxieux diminue progressivement, à la 5ème séance Mme A dit qu'elle s'amuse.

Au début, Mme A se sent démunie au fil des séances, elle est fière de contempler les œuvres produites. Elle dit qu'elle se sent belle en bleu.

L'expression de soi a été déclenchée à la lecture interactive du livre à la séance 4. Mme s'est livrée sur son enfance en racontant des anecdotes.

Mme A sortait facilement les mains durant les dernières séances.

La séance de groupe avec les aidants a permis à Mme A d'ouvrir les yeux et de serrer la main de sa mère et de son mari

Auto-évaluation

À chaque séance la patientèle est invitée à s'auto-évaluer.

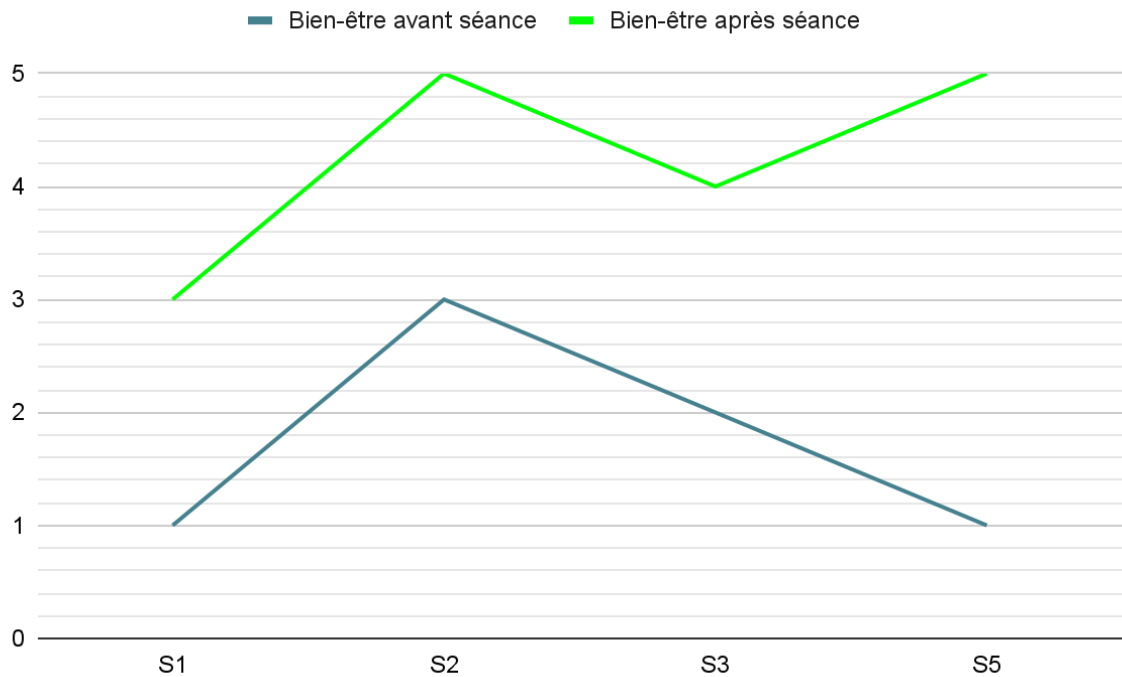
- Les auto-évaluations de la douleur sont quantifiées ainsi :

1. Absente 2. Presque absente 3. Ponctuelles 4. Fortes douleurs 5. Présentes sur toute la séance.

- Les auto-évaluations de la fatigue sont quantifiées ainsi :

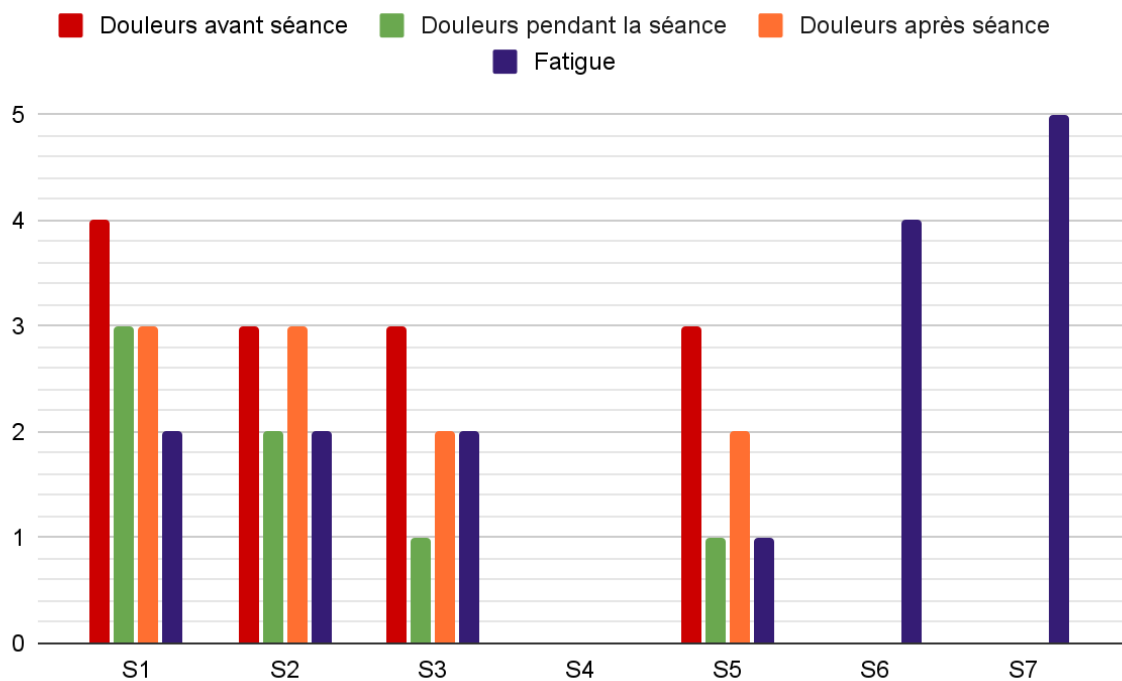
1. Détente qui endort 2. Presque absente 3. Fortement présente 4. Écortant la séance 5. Asthénique*.

Auto évaluation du bien-être ressenti par Mme B



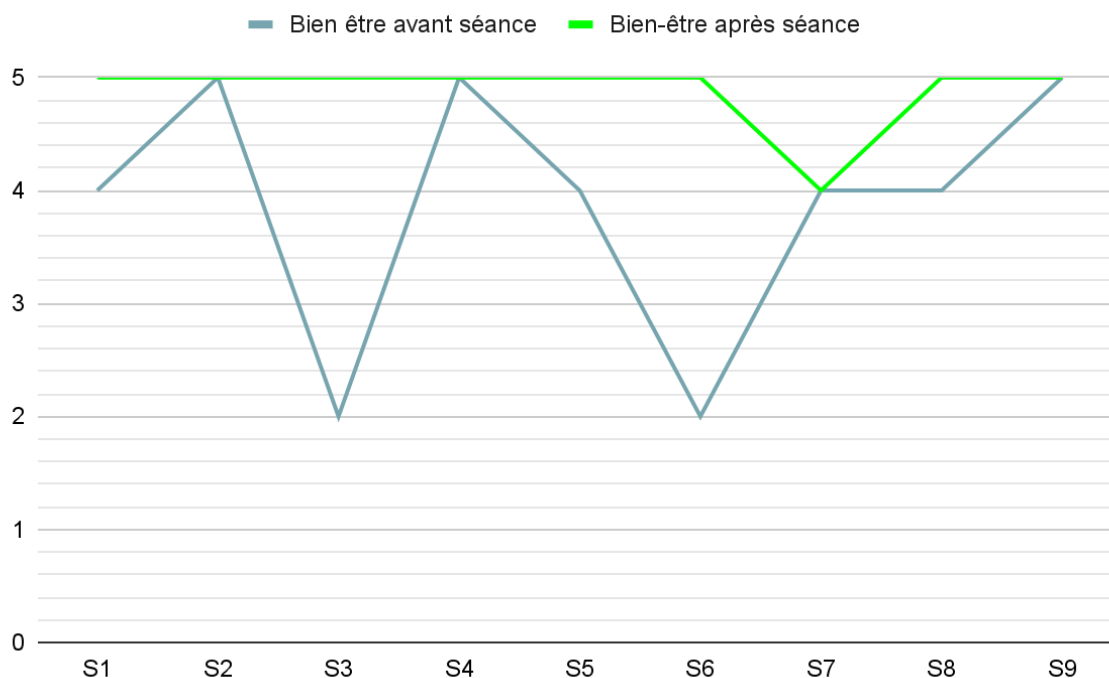
Bilan : Nous pouvons noter une amélioration du bien-être avant et après séance. La séance 4 n'apparaît pas étant annulée. Les séances 6 et 7 n'apparaissent pas non plus, Mme B étant trop fatiguée pour s'auto-évaluer. L'écart de la séance 5 est dû au moral bas de Mme B ce jour.

Auto-évaluation de la douleur et de la fatigue ressentie par Mme B



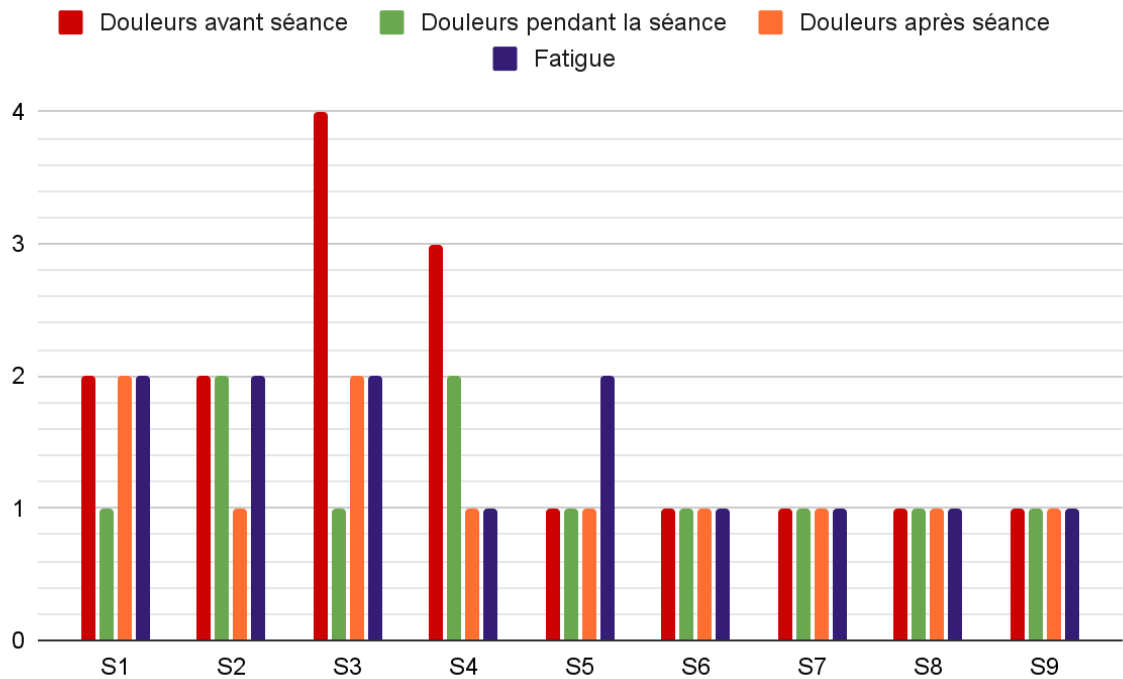
Bilan : La séance 4 n'a pas de résultat pour cause d'annulation. Pour la séance 6 et 7 la douleur n'a pas pu être évaluée de par l'état asthénique* de Mme B. Nous pouvons remarquer une diminution de la douleur pendant les séances d'art-thérapie. Cette diminution pendant la séance s'explique probablement par l'élan artistique et l'état de concentration qui ont été induits par la construction de l'œuvre. C'est pourquoi après la séance il y a plus de douleurs même si l'état de détente les amoindrit.

Auto évaluation du bien-être ressenti par Mme V



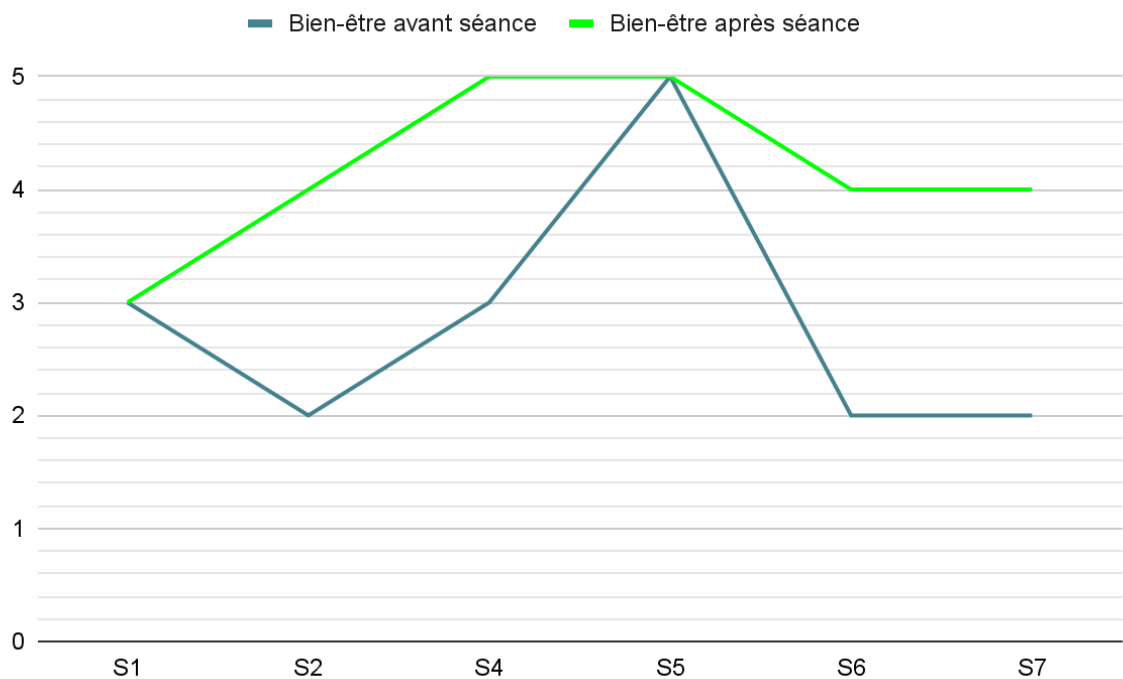
Bilan : Mme V est quelqu'un qui dit souvent aller bien, c'est pourquoi les résultats en fin de séance sont presque toujours très élevés. De plus sa tumeur touche sa perception des émotions donc l'auto-évaluation peut parfois être un exercice compliqué. Il faut être vigilant aux phrases sorties spontanément pour avoir un recul plus global sur "comment Mme V se sent" et en discuter avec la patiente en lui rappelant que si elle a des questions Mme V peut les noter sur un papier et les communiquer par la suite à l'interne (L'interne nous a demandé de le lui rappeler). Ces séances permettent donc à Mme V de se recentrer sur elle-même.

Auto évaluation de la douleur et de la fatigue ressentie par Mme V



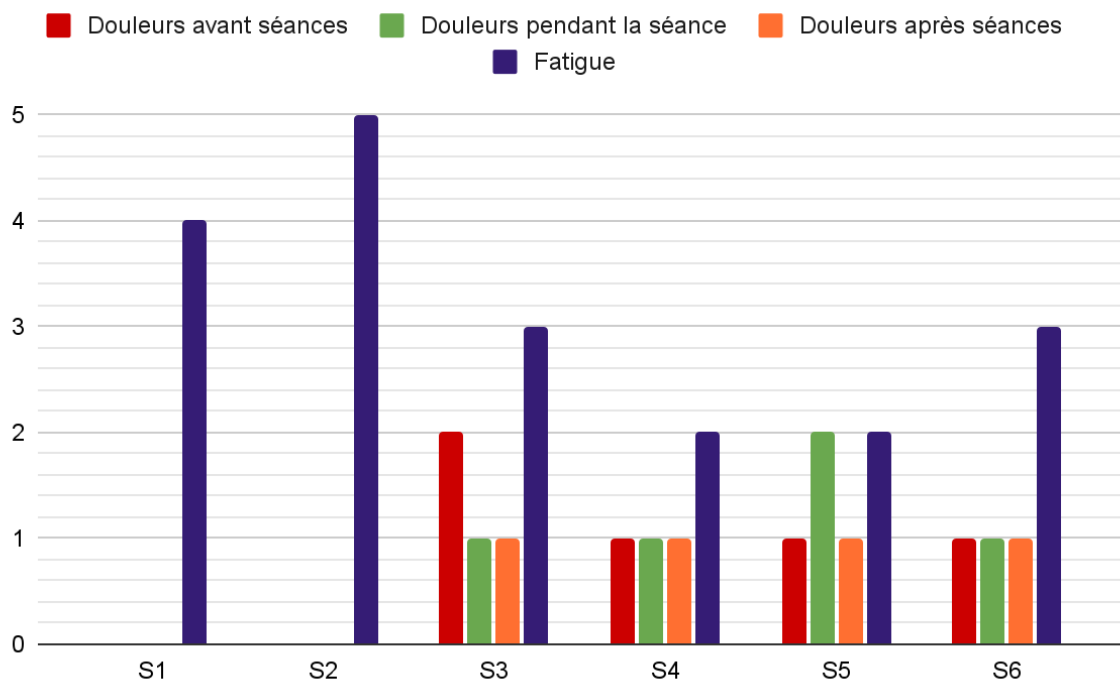
Bilan : Nous pouvons observer une réduction de la douleur pendant ou après les séances. La stabilisation par la suite est probablement due à une prise de médicament. La fatigue notée est due aux séances de pleine conscience qui détendaient beaucoup Mme V jusqu'à l'endormir.

Auto évaluation du bien-être ressenti par Mme A



Bilan : Au début de la prise en charge art-thérapeutique, Mme A était méfiante. Nous avons donc travaillé l'alliance thérapeutique et très vite Mme A accueillait avec joie les séances. Cette joie de pouvoir suivre des séances d'art-thérapie explique le pique de bien-être avant séance à la 5ème séance. Le bien-être en fin de séance est présent. La baisse du bien-être en fin de séance s'explique avec les questionnements qu'engendre la fin de vie de Mme A. Pour la séance 5 Mme A était très heureuse d'avoir réalisé un pompon avec ses mains qu'elle n'utilisait presque plus.

Auto évaluation de la douleur et de la fatigue ressentie par Mme A



Bilan : Sur les deux premières séances de Mme A la douleur n'est pas en mesure d'exprimer sa douleur. Mme A est trop fatiguée pour l'exprimer. Il n'y a pas forcément de douleurs ressenties par la suite. Si une douleur en milieu de séance apparaît à la séance 5 c'est parce que l'objectif de séance portait sur la motricité en confectionnant des pompons, cela demandait une mobilisation plus importante de ses mains qui n'avaient plus l'habitude de bouger autant.

IV Discussion

1) Les résultats obtenus sont-ils conformes aux attentes?

Le concept d'attente est assez vaste. Lors des séances et en observant les résultats, factuellement oui, les objectifs sont atteints, ils ont été mûrement réfléchis et travaillés non pas totalement seule mais aussi en équipe. De plus, il y a eu beaucoup de retours positifs. Cependant le service de soins palliatifs est un milieu où la maladie ne peut pas être contrôlée et où le patient est considéré comme un être humain et non défini par sa maladie. Il n'y a pas d'attente sur ses capacités ou sa façon de vivre ce passage d'hospitalisation, mais plus une adaptation constante.

S'adapter permet de prendre du recul pour se remettre en question et progresser dans la construction des séances notamment lorsque nous sommes face à des situations problématiques.

2) Les bénéfices de l'art-thérapie en USP*

En revanche, nous pouvons être surpris positivement par certains moments. Lors du dernier jour de stage, la séance prévue avec Mme A est revue différemment. Mme A est en fin de vie, ses proches ont été appelés et la docteur Mme Bahuet apporte ces circonstances nouvelles. D'un point de vue éthique voulant respecter la demande de la présence de l'art-thérapeute faite par Mme A la veille et après demande d'avis à la docteur. Nous entrons dans la chambre. Aucune attente n'était présente, la volonté était de respecter une demande réalisable. La famille accueille cette présence, pose beaucoup de questions sur les séances d'art-thérapie menées avec Mme A. La mère de Mme A est démunie face à l'inertie de sa fille, se désole de ne pas la voir ouvrir les yeux, le mari de Mme A n'ose pas s'approcher et son fils est au bout du lit entre sa grand-mère et son père, il reste stoïque. Après avoir répondu à toutes leurs questions, la proposition de leur laisser un temps d'intimité est rejetée par la famille. La présence de l'art-thérapeute est encore requise. Le mari de Mme A demande s'ils peuvent garder les œuvres. La réponse positive crée un élan corporel, la mère de Mme A s'assoie, son fils prend une des œuvres dans ses mains et l'observe, son mari se déplace du coin et se rapproche. Après l'explication du tableau comportant un cœur rouge, le fils sourit. L'éventualité d'une aide psychologique est proposée et sera partagée à une psychologue du service avec leur accord. Le fils de Mme A dit à son père que ça serait bien, ce dernier n'est pas fermé à l'idée. Le mari de Mme A demande qu'elles étaient les musiques écoutées pendant les séances puis me parle d'une chanson que sa femme appréciait beaucoup. La proposition d'une écoute musicale de *La Montagne* de Jean Ferrat est acceptée. Le mari est invité à s'asseoir au côté de Mme A pour ne pas être à l'écart. La musique est lancée. Au bout de quelques minutes la mère de Mme A s'exclame "Elle me serre la main!". Vers la fin de la chanson Mme A ouvre les yeux et regarde sa mère. Son mari lui embrasse la joue et lui déclare tout son amour. Mme A tourne la tête et marmonne quelque chose à son mari, le fils de Mme A est ému.

Il est maintenant temps de sortir de la chambre pour laisser de l'intimité à la famille qui me remercie. Le mari de Mme A propose de laisser sa place pour dire au revoir, nous remercions Mme A de ces moments partagés et nous sortons.

Ce moment n'était pas attendu, pourtant le résultat montre l'importance de la musique dans un suivi art-thérapeutique amplifié par les séances vécues précédemment. Lors du compte rendu, la docteur Mme Bahuet confie qu'il n'y a eu aucune réaction de la part de Mme A depuis son état de fin de vie. C'est bien la musique et la séance de groupe qui ont permis cet instant. Cependant, nous ne savons pas si ce moment aurait été possible avec un ou une patiente n'ayant pas été pris en charge avant ni si l'alliance thérapeutique y est pour quelque chose ou non.

L'art thérapie permet aussi de détecter un probable daltonisme. Mme P dit ne plus voir les couleurs, nous avons associé cette phrase avec la dépression mais lors d'une séance Mme P demande, après avoir fait une petite production en pastel, quelles couleurs nous voyons. Le lien se faisant et après une discussion en STAFF* nous comprenons qu'effectivement il y a une possibilité de daltonisme qui a été par la suite aussi remarqué par un médecin pendant une séance de réalité virtuelle.

L'équipe du service de soins palliatifs est convaincue de l'importance de la place d'une présence art-thérapeutique dans ce secteur. Cela permet de créer des moments de vie et de favoriser la libération de la parole par l'art, d'apporter un mieux-être ou de permettre un lien vers des consultations psychologiques avec moins d'appréhension. Nous avons eu beaucoup de retours positifs sur les prises en charge, par l'équipe, les patients, les aidants* ou les proches de personnes que nous ne prenions pas en charge qui, intrigués, posaient beaucoup de questions sur notre présence et la jugeaient "revigorante" ou apportant un air nouveau.

L'unité du service de soins palliatifs est un endroit qui, dans les consciences, fait peur à une grande majorité. Alors voir un chariot plein de guirlandes lumineuses et de pompons suscite la curiosité et apporte des réactions différentes, du rire, de la curiosité parfois même des réactions très honnêtes de la part de certaines personnes comme un patient qui comme premier échange nous dit "il est moche votre chariot, c'est pas Noël!" pour finalement rire avec nous et nous inviter à nous asseoir.

Cependant nous pouvons être confrontés à des difficultés pouvant être une limite au bon déroulement d'une prise en charge.

3) Un lieu d'accueil pluridisciplinaire

L'USP* étant un milieu pluridisciplinaire, l'art-thérapie y trouve sa place et se complète avec les autres prises en charge. Travailler en équipe permet d'approfondir la prise en charge, de rester cohérent sur celle-ci. En plus de l'équipe soignante et des psychologues nous pouvons donc y voir d'autres formes de prises en charge telles que :

- L'hypnose

Des séances d'hypnose sont proposées à la patientèle de l'USP*. Dans *Manuel de soins palliatifs, Centre d'éthique médicale*, Claude Deronzier dit “ *L'hypnose est un outil supplémentaire mis à disposition des soignants en soins palliatifs; elle ne saurait se subsister à aucune thérapeutique utilisée habituellement. Il s'agit pour le patient de gérer son angoisse en lui permettant de lâcher-prise et d'opérer ses propres réaménagements* ” . Ces temps permettent un apaisement et une libération de la parole pour les patients qui peuvent utiliser ces temps pour se recentrer.

- Les clowns relationnels

Des clowns relationnels interviennent régulièrement. Ces temps sont totalement adaptés pour chaque patient avec de l'improvisation principalement. Les représentations sont donc propres à chaque patient. Cette présence permet de sortir du cadre hospitalier habituel, facilite le rire et la communication sur les personnes hospitalisées. Des temps de retranscriptions ont lieu après chaque visite. Ces temps permettent d'observer des faits que les patients ne confient pas forcément à l'équipe soignante ou qui n'ont pas pu être observés dans un autre cadre (essoufflement, douleur dissimulée, etc.)

- La biographe*

La biographe* employée à l'USP* de Niort propose une écriture biographique de la personne avec pour finalité la création d'un livre transmis à la famille. Il est précisé que ce n'est pas une psychothérapie, cependant une réelle libération de la parole a lieu durant ces temps. Certaines personnes refusant les prises en charge favorisent aussi ce type de moment de par son absence de but psychothérapeutique. Ce qui permet tout de même un temps d'expression de soi. De plus l'aspect transmission du livre à une personne choisie par la patientèle permet de laisser une trace matérielle, un souvenir.

Dans sa fonction de prise en charge art-thérapeutique, l'art-thérapeute semble donc y avoir toute sa place puisqu'elle permet de répondre à différents besoins et problématiques rencontrées en USP*. Cependant il y a aussi des limites dans une prise en charge art-thérapeutique.

4) Les limites rencontrées

L'art-thérapeute peut rencontrer plusieurs limites au cours de ses séances. Le manque de temps par jour peut être frustrant puisqu'il faut faire un choix entre les patients qui vont être rencontrés s'il y a beaucoup de possibilités envisageables, parfois nous pouvons être amenés à retarder une prise en charge ou alors nous n'avons pas le temps de voir certains patients qui sont déjà transférés dans une autre structure, retournés à leur domicile ou décédés. La pandémie a aussi empêché plusieurs prises en charge au début du stage.

L'annulation d'une séance peut aussi être un frein au suivi art-thérapeutique si elle est très fréquente. Les causes peuvent être multiples, état de fatigue, asthénie, visite de la famille ou de proches. En revanche parfois les refus peuvent être dus à un état dépressif très ancré où la personne refuse toute forme d'aides que l'on pourrait lui apporter. C'est ce qu'il s'était passé avec Mme P qui avait suivi une première séance lors de laquelle elle était repartie avec le sourire, sourire qu'elle ne montrait presque jamais. Cependant beaucoup de refus ont été émis par la suite. Par souci d'éthique j'ai pris la décision d'arrêter le suivi. Certaines formes de dépression peuvent créer un refus du soin extrêmement important. Mais le travail en équipe nous a aidés, d'une part en échangeant avec la psychologue qui avait pu avoir une séance avec Mme P et d'autre part avec la biographe*. Mme P, n'associant probablement pas le travail de la biographe* à du soin, a pu suivre ces moments. Tandis que nous échangeions mutuellement sur ce que nous connaissions de Mme P pour l'aider au mieux. Mais pour quelqu'un qui refuse le soin, l'art thérapie peut ne pas être envisageable.

5) Comparaison à d'autres travaux

Dans son mémoire de fin d'études dont le stage a été exercé à Saint Maixent l'Ecole, *Une expérience en art-thérapie, à dominante art plastique, au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs*, Julie Minault aborde, dans ses études de cas, la valorisation ressentie par les patients quant à leur travail. C'est un point que nous avons en commun dans nos travaux. Les personnes peuvent ressentir de la fierté face à leurs productions et n'hésitent pas parfois à en parler à leurs proches ou à l'équipe soignante (créant du même coup un lien social). Nous nous retrouvons aussi sur l'aspect de transmission des œuvres produites. Nous avons toutes deux remarqué la joie que ressentaient les patients à l'idée d'offrir quelque chose à ses proches dans un lieu qui semblait de prime abord non propice à ce don. Lors du décès, ces œuvres permettent d'accompagner les familles et les proches dans leur chemin du deuil. Cependant, il n'y a pas de retranscription d'auto-évaluation des patients mais les séances étant décrites avec précision elles sont tout de même parfois notées en quelques mots à travers les descriptions de séances.

Dans son mémoire de fin d'études dont le stage a été exercé à Niort dans le même lieu que notre étude, *Une expérience d'art-thérapie principalement par les arts plastiques associés à d'autres médias (conte, musique, chant) en Unité de Soins Palliatifs vers un apaisement des patients en fin de vie*, Magali Fabre aborde l'importance de la musique dans la prise en charge, nous nous retrouvons sur ce point. L'utilisation de la musique favorise réellement un apaisement, une libération de la parole, un élan corporel ou un lâcher-prise durant la prise en charge. Au cours de son stage, 21 patients ont été rencontrés et 7 ont été pris en suivi long. Nous différons sur ce point, pour notre stage nous avons rencontré 10 patients dont 6 ont été en long suivi, les 4 autres patients sont soit décédés rapidement après la première rencontre soit notre temps avec eux était un temps d'écoute et de présence permettant d'aller dans l'acceptation d'un suivi psychologique sous demande d'une tierce personne par exemple. Cela permet d'adapter plus aisément ses prises en charges art-thérapeutiques d'autant plus que les STAFF* ayant lieu le lundi et le jeudi, cela ne laisse plus beaucoup de temps pour les séances.

Notre étude est la seule proposant des séances de groupe avec les aidants.

Dans nos résultats, nous observons toutes les trois des évolutions favorisant l'apaisement des personnes et le mieux-être ressenti grâce aux séances ainsi que l'impact positif que l'art-thérapie produit au sein du service de soins palliatifs.

6) Le cadre conceptuel de l'art-thérapie

Le cadre conceptuel de l'art-thérapie dans l'USP* en prenant en compte la notion d'éthique auprès de la personne est important afin de favoriser l'alliance thérapeutique et le respect de la personne. Il faut aussi toujours frapper à la porte et se présenter avant l'arrivée en chambre. Le premier entretien est souvent couplé d'un atelier pour faciliter la prise en charge et permettre un suivi plus global tout en favorisant l'alliance thérapeutique.

Le chariot contenant le matériel est décoré pour favoriser l'émerveillement et le dialogue. Il s'agit aussi de composer avec la personne, d'apprendre à connaître ses goûts, créer une alliance thérapeutique, ne pas forcément s'enfermer dans l'utilisation d'une seule technique artistique et parfois être surpris par l'utilisation d'un médium que nous n'aurions pas pensé possible. L'écoute et l'empathie sont aussi des notions à prendre en compte, cela permet une libération de la parole tout en conservant des temps de silence pour laisser à la personne le temps qu'il lui faut afin de s'exprimer autant qu'elle le veut. Mettre en place des rituels permet à la patientèle de s'ancrer dans le moment et favorise l'élan créatif et l'observation de son évolution personnelle. La routine rassure aussi et permet de recentrer une personne dans des moments plus compliqués. L'adaptation de l'art-thérapeute favorise aussi une meilleure prise en charge. Il est aussi favorisé un " au revoir " en fin de séance plutôt qu'un " a demain " puisque nous ne pouvons pas forcément prévoir si la prochaine séance pourra avoir lieu avec le décès de la personne ou une annulation de séance pour cause d'asthénie profonde par exemple. L'art thérapie permet de s'évader un court instant de sa chambre d'hôpital, de se sentir plus apaisé et de transmettre les œuvres créées à la famille.

7) Posture de soignante en tant que futur art-thérapeute

Tout d'abord définissons les termes. Selon le dictionnaire *Larousse* :

- Un ou une soignant.e est “une personne qui donne des soins à quelqu'un”.
- L'art est défini par plusieurs points : “ **1.** Un ensemble des procédés, des connaissances et des règles intéressant l'exercice d'une activité ou d'une action quelconque : faire quelque chose selon les règles de l'art. **2.** Toute activité, toute conduite considérée comme un ensemble de règles, de méthodes à observer : bien vivre, aimer, penser est un art. **3.** Habileté, talent, don pour faire quelque chose (parfois ironique et surtout dans des expressions) : avoir l'art du compromis. **4.** Manière de faire qui manifeste du goût, un sens esthétique poussé : disposer un bouquet avec art. **5.** Création d'objets ou de mises en scène spécifiques destinées à produire chez l'homme un état particulier de sensibilité, plus ou moins lié au plaisir esthétique : les révolutions de l'art moderne. **6.** Ensemble d'œuvres artistiques ; caractère de cet ensemble : l'art italien, l'art du Bénin, l'art roman, l'art du portail occidental de Chartres, l'art de Rembrandt ”.

- L'artiste est une “ **1.** Personne qui exerce professionnellement un des beaux-arts ou, à un niveau supérieur à celui de l'artisanat, un des arts appliqués. **2.** Personne dont le mode de vie s'écarte délibérément de celui de la bourgeoisie ; non-conformiste, marginal. **3.** Personne qui a le sens de la beauté et est capable de créer une œuvre d'art : une sensibilité d'artiste. **4.** Personne qui interprète des œuvres théâtrales, cinématographiques, musicales ou chorégraphiques : artiste dramatique. **5.** Personne qui fait quelque chose avec beaucoup d'habileté, selon les règles de l'art : travail d'artiste ”.

- La définition du thérapeute donnée par le *Larousse* est : “ **1.** Médecin qui étudie spécialement la thérapeutique. **2.** Littéraire : médecin en général.”.

- La thérapeutique est “ **1.** Une partie de la médecine qui s'occupe des moyens - médicamenteux, chirurgicaux ou autres - propres à guérir ou à soulager les maladies. **2.** Manière choisie de traiter une maladie.”.

En alliant ces termes nous comprenons qu'un art thérapeute est une personne qui utilise l'art au service du soin. Mais l'art thérapeute est-il nécessairement un artiste?

8) L'art thérapeute et l'artiste.

Il est souvent dit que l'art-thérapeute est un ou une artiste. Il semble qu'appuyer cette notion c'est évincer le principe du soin. Il ne faut pas nécessairement être artiste mais pouvoir être en capacité d'imagination dans l'utilisation de son médium pour ses ateliers et a fortiori pour le soin. Il ne faut pas obligatoirement savoir chanter pour chanter avec ses patients mais y mettre de l'intention. Nous avons pu danser avec Mme N, une patiente hémiplegique après une récurrence d'AVC*, sans pour autant être danseuse. Dans ce contexte nous pouvons dire que l'art est le moyen (médium), la, le thérapeute est une échelle (un lien) permettant de transmettre l'utilisation du moyen pour accéder à un mieux-être (l'objectif).

C'est une pratique qui ne se définit que par ses propres termes sans forcément d'attente du beau dans la création artistique ou d'un rendu spécifique seulement relatif à l'art.

L'art-thérapeute peut être ou ne pas être artiste, du moment qu'il ou elle sait utiliser son médium au service du soin et non de l'art. Artiste et art-thérapeute sont deux notions distinctes. En revanche, il faut a fortiori un attrait, une sensibilité, à l'art pour assurer une meilleure utilisation du médium.

9) L'adaptabilité

Être en capacité d'adaptation est primordial, la personne qui suit les séances est un être humain, nous ne pouvons, par conséquent, pas prévoir dans quelles conditions psychologiques nous allons la trouver puisque l'état thymique* peut être fluctuant. La personne peut aussi avoir des envies et des besoins différents d'une séance à l'autre. C'est pourquoi nous faisons toujours en sorte d'avoir des ressources différentes nous permettant une adaptation plus facile afin de répondre à une prise en charge se voulant pertinente. Cela passe par du matériel divers, potentiellement plusieurs idées d'ateliers ou dans certains cas une construction de l'atelier avec la personne prise en charge la rendant d'autant plus acteur, actrice de sa prise en charge tout en adaptant l'envie à un atelier art-thérapeutique.

10) Transfert et contre transfert

L'empathie est une notion qui tient une grande place dans le métier d'art-thérapeute. C'est un métier humain où nous devons être à l'écoute de nos patients pour répondre à leurs besoins et aux objectifs fixés. Mais la sympathie n'est pas une limite à franchir. S'identifier à une problématique que rencontre une personne peut être un frein au bon déroulement d'une prise en charge. L'art-thérapeute n'est pas un ami, c'est une personne qui apporte des moyens pour accéder à un mieux-être. S'il n'y a plus d'alliance thérapeutique la prise en charge n'est pas possible. Cependant l'art-thérapeute reste une personne dotée de sentiments. Parfois être à plusieurs reprises face à une situation dramatique peut entraîner de l'émotion ou dans d'autres cas une surcharge mentale. La supervision permet d'agir sur ces points.

11) La supervision

Dans un métier où l'écoute d'autrui et le soin tient une place primordiale, il est nécessaire d'être suivi par une supervision. La supervision peut se faire avec un ou une psychologue dans le service exerçant cette supervision ou en dehors du lieu où nous nous trouvons. Cela permet de prendre du recul sur nos incertitudes, notre charge mentale influencée par les récits entendus ou les prises en charge. C'est un moment qui nous permet de libérer la parole, d'être conseillé et de s'apporter un temps pour nous. Dans un contexte où nous prenons notre temps pour les autres, prendre de temps pour soi et se recentrer sur soi-même est primordial pour assurer d'une part un bon équilibre, une meilleure conscience de soi-même et d'autre part d'assurer dans les meilleures conditions possibles les séances d'art-thérapie.

Conclusion

Ce stage dans l'unité du service de soins palliatifs est un lieu d'accueil pour les personnes en fin de vie ou qui se sont vu administrer de lourds traitements. Les personnes prises en charge ne sont pas définies par leur maladie mais considérées et traitées humainement. C'est pourquoi cette notion de prise en charge de la douleur totale est importante pour s'axer sur la douleur ou des problématiques physique, psychologique, sociale et spirituelle. Une prise en charge art-thérapeutique s'allie avec ce lieu pluridisciplinaire où le travail en équipe est primordial. De plus, la chance d'arriver dans une structure ne portant pas un regard péjoratif sur l'art-thérapie mais curieux ou déjà convaincu par cette forme de prise en charge permet de pouvoir directement travailler dans de bonnes conditions et assure une communication au sein de l'équipe. Plusieurs retours positifs et favorables à la mise en place d'une présence art-thérapeutique nous ont été faits durant le stage et lors de notre dernier jour. Et cette étude montre qu'il y a des résultats de mieux-être chez les patients.

Le service de soins palliatifs est un lieu très formateur pour le métier d'art-thérapeute de par la diversité des pathologies rencontrées. Une large palette artistique peut être mise en place que ce soit au travers des arts plastiques, de la musique, de la littérature, de l'écriture ou même de la danse.

Les prises en charges art-thérapeutiques sont généralement acceptées avec beaucoup d'envie par les personnes hospitalisées et les aidants* sont eux aussi heureux de pouvoir en bénéficier. L'art thérapie a permis aux patients d'accéder à un mieux-être et aux aidants* d'alléger leur charge mentale. Les œuvres créées permettent de laisser une trace se transmettant à la famille après le décès de la personne apportant à la famille une pensée émue de ces derniers instants de vie d'une personne aimée et tout de même ponctuée par des moments de paix et de joie.

Nous avons aussi été confrontés à plusieurs problématiques comme les annulations de séances ou les refus de prise en charge. Ce dernier point nous a fait nous questionner sur l'éthique face à un refus de soins psychologiques et thérapeutiques d'une personne en dépression. Dans le livre *Manuel de soins palliatifs, Centre d'éthique médicale* Marie Sylvie Richard (médecin, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Saint-Louis à Paris et médecin adjoint au directeur de la maison médicale Jeanne Garnier à Paris) dit “ *Le refus d'un traitement témoigne parfois d'une révolte, d'une protestation, à l'égard des conditions d'hospitalisation par exemple, d'un appel à l'aide* ” si ce cas de refus est repéré il est nécessaire de le communiquer à l'équipe afin de pouvoir réfléchir à une prise en charge adaptée. Dans le cas de Mme P refusant presque toutes les séances malgré le bien-être ressenti durant la première, c'est l'intervention non thérapeutique de la biographe* qui fût acceptée. Mme P a pu libérer sa parole et s'exprimer. Comme dans toutes prises en charge, c'est la patientèle qui reste décisionnaire de sa vie et de ses soins.

Dans le livre *Manuel de soins palliatifs*, Centre d'éthique médicale le chapitre 29 (ce chapitre étant écrit par Bruno Cadoré, médecin, théologien, professeur et directeur du centre d'éthique médicale de Lille) est intitulé *Tout dépend-il de la médecine ?* ce dernier nous dit “ *Le premier défi est celui de la contestation de la souffrance. Cette affirmation devrait paraître banale, tant l'on sait que la médecine tient sa grandeur des efforts qu'elle déploie pour soulager ceux qui souffrent au point parfois d'être enfermés dans leur douleur. Le mouvement, aujourd'hui beaucoup plus affirmé qu'il n'était jadis, invite à s'attacher sans relâche à inventer les manières les plus adaptées de soulager la douleur tout en préservant la possibilité pour le patient de demeurer acteur de sa propre histoire* ”.

Dans ce passage, Bruno Cadoré aborde la complexité de la pression produite par les réflexions de prise en charge par l'équipe soignante afin de soulager la douleur tout en faisant en sorte que le patient reste maître, acteur, de son propre parcours de vie. Or cela semble être une définition propice à l'art-thérapie puisque durant les séances la patientèle est actrice de la prise en charge qui, selon notre étude, a des résultats concluants sur la diminution de la souffrance.

La prise en charge art-thérapeutique ne pourrait-elle pas être ce moyen déployé pour répondre à cet objectif de mieux-être au sein d'une unité de soins palliatifs ? Voir même cette prise en charge pourrait-elle permettre une réduction médicamenteuse d'anxiolytique et une prise en charge diversifiée pour la patientèle?

Bibliographie

DUFLOT Carol, *L'art-thérapie en soins palliatifs, L'entre-temps*, éditions érès, à Toulouse en 2016.

JACQUEMIN Dominique, *Manuel de soins palliatifs, Centre d'éthique médicale*, 2ème édition par Dunod, à Paris en 2001.

KÜBLER-ROSS, *Les derniers instants de la vie, (On Death and Dying)*, édition The Macmillan Company, à New York en 1969. Traduction française de C.Jubert et E. de Peyer, édition Labor et Fides, à Genève en 1975.

SCHMITT Eric-Emmanuel, *Oscar et la Dame rose*, collection Magnard, à Paris en 2002.

SIMONET Mathieu, *La Maternité*, édition du Seuil, à Paris en 2012.

Filmographie

DAHAN Olivier, *La Môme*, produit par Légende Films, sorti en 2007.

FRÉDÉRIC Chaudier, *Les yeux ouverts*, produit par Flair Films, sorti en 2010.

ROSSELLINI Roberto, *Stromboli*, produit par la RKO, sorti en 1950.

Webographie

Base de données publique des médicaments :

<https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>

Institut National du Cancer, République Française : Cycle cellulaire et dysfonctionnement de la cellule, dernière mise à jour 04/01/2021.

Le Larousse : dictionnaire français en ligne.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

L'embellie : réseau d'aidants* et de soignants pour l'humanisation des soins à domicile, le projet Répit et Soutien.

Glossaire

ADN : abréviation d'acide désoxyribonucléique.

Aidant.e : Personne qui vient en aide de façon régulière pour accomplir les tâches du quotidien d'une personne en perte d'autonomie. L'aidant est souvent un membre de la famille ou un.e proche.

AIT : Accident ischémique transitoire

Anamnèse : Reconstitution de l'historique médical de la patientèle.

Apoptose : Processus de mort programmée d'une cellule vieille ou abimée.

ARN : Abréviation d'acide ribonucléique.

ASH : Agents de service hospitaliers.

Asthénique : Très grande fatigue qui perdure.

AVC : Accident vasculaire cérébral.

Biographe : Un.e biographe est une personne qui vient à la rencontre des personnes pour leur proposer d'écrire une partie de leur histoire. Le résultat est conceptualisé en livre dont la couverture est choisie par le ou la patiente puis donné à la famille.

Catharsis : 1) Selon Aristote, effet de "purification" produit sur les spectateurs par une représentation dramatique. 2) Toute méthode thérapeutique qui vise à obtenir une situation de crise émotionnelle telle que cette manifestation critique provoque une solution du problème que la crise met en scène.

Définition du *Larousse*.

Cicely Saunders : 1918-2005, infirmière, médecin et écrivaine britannique ayant fait apparaître le terme de *Total Pain** ou douleur totale dans le service de soins palliatifs.

Colothérapie : Source de lumière colorée, chaque couleurs se raccordant à différentes ambiances pouvant produire différentes émotions.

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs. C'est une équipe pluridisciplinaire rattachée à un établissement de santé qui se déplace chez l'habitant pour les soins.

Épithélium : Tissu mince formé d'une ou de plusieurs couches de cellules jointives reposant sur une lame basale. On distingue les épithéliums de revêtement, qui constituent la couche superficielle de la peau, épiderme, et des muqueuses, et les épithéliums glandulaires, qui ont une fonction de sécrétion.

État Thymique : comportement d'une personne dû à ses émotions.

HAD : Hospitalisation à domicile.

Luminothérapie : Utilisation de lumière dépourvue d'infrarouge et d'ultraviolets mais contenant l'ensemble du spectre de la lumière solaire. Favorise la sécrétion hormonale de mélatonine (hormone du sommeil).

Lymphoïde : Qui se rapporte aux ganglions lymphatiques.

Mandala : Coloriage avec des formes géométriques.

Mitose : Phase de division de la cellule en nouvelles cellules.

Néoréalisme : Mouvement cinématographique né en Italie au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, visant à l'objectivité, à l'observation des réalités quotidiennes insérées dans leur contexte social.

Robert Twycross : Médecin et écrivain britannique pionnier du mouvement des soins palliatifs dans les années 1970.

Total pain : Souffrance globale ou douleur totale en français. Notion développée par Cicely Saunders* regroupant les différents types de souffrances en 4 points, physiques, psychologiques, sociales et spirituelles du patient en Soins Palliatifs.

STAFF : Regroupement d'une équipe médico-soignante pour analyser les situations cliniques rencontrées dans leur pratique.

USP : Unité de Soins Palliatifs.

Annexe

1) Discours d'Albert Camus

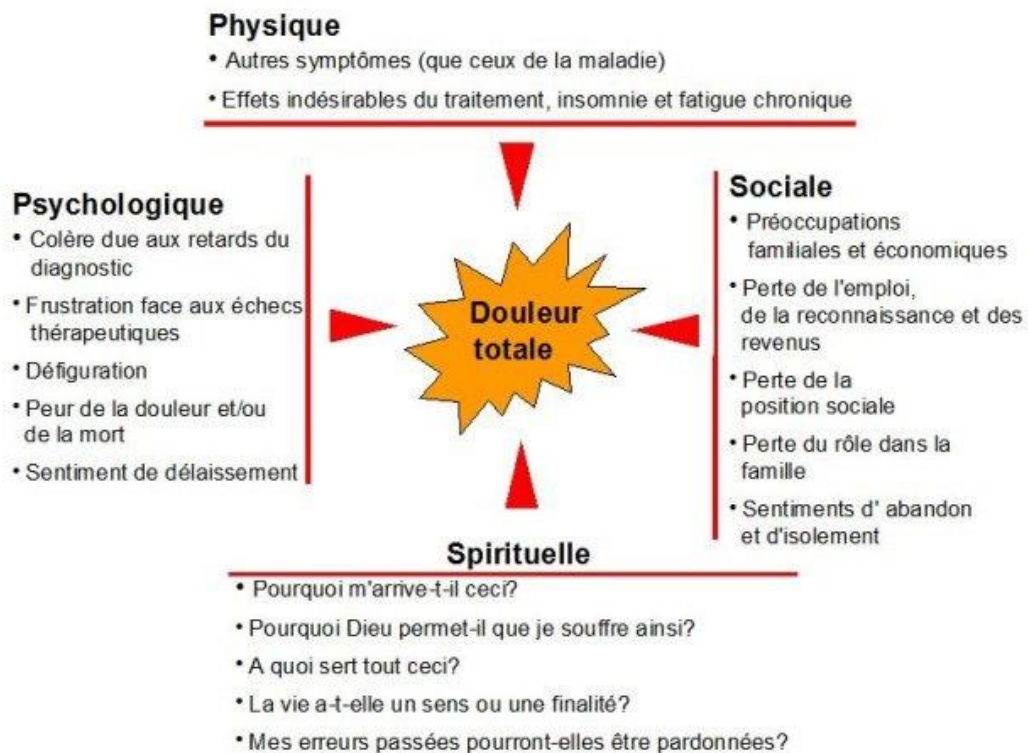
“L’art n’est pas à mes yeux une réjouissance solitaire. Il est un moyen d’émouvoir le plus grand nombre d’hommes en leur offrant une image privilégiée des souffrances et des joies communes. Il oblige donc l’artiste à ne pas se séparer ; il le soumet à la vérité la plus humble et la plus universelle”

Albert Camus, Discours prononcé au banquet du prix Nobel à l'hôtel de ville de Stockholm, le 10 décembre 1957.

D'après *Nobel Lectures , Literature 1901-1967* , Editeur Horst Frenz, Elsevier Publishing Company, Amsterdam, 1969.

Texte en ligne sur Albert Camus – Discours de banquet. Nobel Prize.org

2) Douleur totale schématisée par Robert Twycross*



3) Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh (2006)
et Nicolas Franck (2013) pour la traduction, tous droits réservés

Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez
la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.

Nom _____ Date _____

VECU	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) utile	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) détendu(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres	1	2	3	4	5
J'ai eu de l'énergie à dépenser	1	2	3	4	5
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté	1	2	3	4	5
Ma pensée était claire	1	2	3	4	5
J'ai eu une bonne image de moi	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) proche des autres	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) confiant(e)	1	2	3	4	5
J'ai été capable de prendre mes propres décisions	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) aimé(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) joyeux(se)	1	2	3	4	5

4) Echelle d'hamilton d'évaluation de l'anxiété

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse

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

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

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

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

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

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

2. Tension nerveuse

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

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

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

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

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

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

3. Craintes

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

0 – Absentes

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

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

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

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

4. Insomnie

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

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

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

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

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

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

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

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

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

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

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

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

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

6. Humeur dépressive

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

0 – Absente

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

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

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

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

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

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

9. Symptômes cardio-vasculaires Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.
0 – Absents
1 – Leur présence n'est pas claire
2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante
0 – Absents
1 – Présence peu claire
2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.
0 – Absents
1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.
2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.
0 – Absents
1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).
2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).
3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

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

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

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

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

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

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

5) Echelle d'estime de soi de Rosenberg

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

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

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

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

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

Comment évaluer votre estime de soi ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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



L'art-thérapie par les arts plastiques et la musique au sein d'une unité de soins palliatifs

Ce mémoire est le résultat de recherches abordant la place de l'art thérapie dans une unité de soins palliatifs appuyé par l'expérience des ateliers art-thérapeutiques effectués dans ce secteur.

L'unité de soins palliatifs est un lieu d'accueil et de soins pour les personnes en fin de vie. La prise en charge se fait en suivant la notion de douleur totale par Cicely Saunders*, médecin et écrivaine britannique, qui prend en compte la douleur physique, la souffrance psychologique, les problématiques sociales et la spiritualité. Le lieu est donc pluridisciplinaire afin de répondre au mieux au besoin de prise en charge. La patientèle n'est pas définie par sa maladie mais est considérée comme une personne, il est donc important qu'elle puisse se sentir libre de pouvoir exister en tant qu'être humain.

Nos prises en charges art-thérapeutiques permettent donc de s'inscrire dans cette pluridisciplinarité en proposant à la patientèle et aux aidants des ateliers d'art-thérapie par les arts plastiques et la musique.

“ La maladie fait pleurer mais le bonheur aussi ”

Madame B.

Mots clés : aidants, apaisement, arts plastiques, art-thérapie, fin de vie, mieux-être, musique, patients, soins palliatifs.

Art-therapy through plastic arts and music within a palliative care unit

This paper is the result of research approaching the place of art-therapy in a palliative care unit in addition to the experience of art-therapeutic workshops carried out in this department. The palliative care unit is a place of reception and care for people at the end of life. Pain management is based on the concept of total pain* by Cicely Saunders*, a British doctor and writer, which takes into account physical pain, psychological suffering, social-related problems and spirituality. The place is therefore multidisciplinary in order to respond to the need for support the best way possible. The patients are not defined by their disease but each one of them is considered as a person, it is thus important that they feel free to exist as human beings. Our art-therapeutic support allows us to be part of this multidisciplinary approach by offering art-therapy workshops through plastic arts and music to our patients and their caretakers.

“The disease makes us cry but so does happiness.”

Mrs B.

Key words: appeasement, art-therapy, caretakers, end of life, greater well-being, , music, plastic arts, palliative care, patients.

Vancorselis Maëlle

Année 2022-2023

UNIVERSITÉ de POITIERS - Faculté de Médecine et de Pharmacie