

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

Faculté de Médecine de Tours

**IMPACT DE L'ART-THERAPIE
SUR L'INVESTISSEMENT RELATIONNEL
DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES INSTITUTIONNALISEES EN EHPAD
ET ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHO-COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX
MODEREMENT SEVERES A SEVERES.**

-Une étude comparative des dominantes
musicale (écoute et chant) et arts plastiques (land art et peinture).-

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
de la faculté de Médecine de Tours**

**Présenté par Marion MOREAU
Année 2018**

Sous la direction de :
Delphine CIRET
Directrice de l'EHPAD des Cinq Rivières

Lieu de stage :
EHPAD des Cinq Rivières
25 Bis Rue Gay Lussac
18100 Vierzon

**IMPACT DE L'ART-THERAPIE
SUR L'INVESTISSEMENT RELATIONNEL
DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES INSTITUTIONNALISEES EN EHPAD
ET ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHO-COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX
MODEREMENT SEVERES A SEVERES.**

-Une étude comparative des dominantes
musicale (écoute et chant) et arts plastiques (land art et peinture).-

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
de la faculté de Médecine de Tours**

**Présenté par Marion MOREAU
Année 2018**

Sous la direction de :
Delphine CIRET
Directrice de l'EHPAD des Cinq Rivières

Lieu de stage :
EHPAD des Cinq Rivières
25 Bis Rue Gay Lussac
18100 Vierzon

REMERCIEMENTS

Je remercie les résidents de l'EHPAD des cinq rivières pour le partage de ces moments de vie et pour leur intention sanitaire au regard de l'art-thérapie.

Merci à **Madame Delphine Ciret**, Directrice de l'établissement, et Directrice d'article, pour la confiance totale en mes compétences. Merci de croire aux bénéfices et en la plus-value de mon métier. Je la remercie également pour sa réflexion, son partage de savoir et son grand soutien, dont je retiens un apprentissage intellectuel et humaniste très riche.

Merci à Madame Florence Piat, Psychologue au sein de l'établissement, et maître de stage, pour ses questionnements, son aide, et la qualité de nos discussions autour de la complémentarité de nos métiers.

Merci au personnel de l'EHPAD de m'avoir accueillie si rapidement à l'équipe. Je les remercie pour leur écoute et leur intérêt vis-à-vis de la discipline art-thérapeutique. Leurs remarques et leurs observations ont été d'une grande aide pour affiner les prises en soin des résidents.

Merci à l'équipe pédagogique du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, pour la qualité de son enseignement.

Merci aux familles des résidents pour leur retour spontané et positif quant au bénéfice de l'art-thérapie sur leurs proches.

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien sans faille.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION.....	1
I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE	1
I.1. Les troubles psycho-cognitivo-comportementaux liés à la maladie et à des blessures de vie génèrent des souffrances.	1
I.1.a. La détérioration psycho-cognitivo-comportementale altère l'autonomie* des personnes atteintes.....	1
I.1.b. Les troubles psycho-cognitivo-comportementaux de la personne âgée se manifestent par des dysfonctionnements ou ralentissements de certains mécanismes humains d'ordre psycho-affectif, cognitif, physique et social.	2
I.1.c. La vie en EHPAD est une alternative pour un public âgé dépendant.....	2
I.2. Les souffrances générant une dépendance induisent une baisse de la qualité relationnelle.	3
I.2.a. L'isolement psychique et social induit par les troubles psycho-cognitivo-comportementaux altère l'investissement relationnel de la personne.	3
I.2.b. L'Art est une activité volontaire humaine dirigée vers l'esthétique, permettant un engagement dans l'action et la relation.....	3
I.2.c. Dans une démarche thérapeutique et humanitaire, l'art-thérapie peut favoriser la dynamique relationnelle de la personne en souffrance en exploitant ses facultés et capacités existantes dans l'activité artistique.....	4
I.3. HYPOTHESE: L'art-thérapie moderne aurait un impact sur l'amélioration de l'investissement relationnel d'un public âgé dépendant institutionnalisé en EHPAD, atteint de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères, par l'utilisation comparée des dominantes musicale (écoute, et chant), et arts plastiques (land art et peinture).	4
I.3.a. Sous hypothèse 1 : En stimulant le ressenti corporel de la personne, l'art-thérapie peut favoriser son autonomie et ainsi encourager la détermination de son goût.....	4
I.3.b. Sous hypothèse 2 : Les gratifications sensorielles procurées par l'art-thérapie peuvent stimuler la structure corporelle pour dévoiler le style de la personne et lui permettre une capacité de projection.	5
I.3.c. Sous hypothèse 3 : L'envie provoquée par l'art-thérapie peut favoriser l'engagement dans l'activité artistique et permettre de se sentir considéré.....	5
I.3.d. Sous hypothèse 4 : L'engagement et la considération induits dans la musique (écoute et chant), comparés à ceux des arts plastiques (peinture et land art),	

démontrent l'impact des deux techniques en art-thérapie sur la disponibilité et l'investissement relationnels de la personne âgée dépendante.	6
II. MATERIEL ET METHODE.....	6
II.1. L'étude nécessite une méthodologie et des moyens appropriés à l'environnement de vie des sujets.....	6
II.1.a. Des critères d'inclusion sont précisés pour établir une cohorte de sept patients et pour apprécier le degré de réponse à l'hypothèse posée.	6
II.1.b. Un suivi art-thérapeutique sur le modèle de l'art-thérapie moderne est spécifiquement mis en place dans le cadre de l'étude.	7
II.1.c. Le choix des dominantes est déterminé en fonction des spécificités des techniques artistiques et selon les critères de discrimination des sujets.	7
II.1.d. Des outils d'évaluation spécifiques au public et au protocole de soin sont proposés pour un recueil de données.	8
III. EXPERIENCE CLINIQUE	8
III.1. Les protocoles art-thérapeutiques sont exposés.	8
III.2. Une synthèse des prises en charges est présentée sous forme de tableaux....	8
IV. RESULTATS	9
IV.1. Les résultats sont organisés et décomposés selon une méthodologie rigoureuse.	9
IV.2. Les résultats obtenus des sept accompagnements sont développés par sous hypothèse.....	9
IV.2.a. Sous hypothèse 1 : En stimulant le ressenti corporel de la personne, l'art-thérapie peut favoriser l'autonomie du sujet et ainsi encourager la détermination du goût.	9
IV.2.b. Sous hypothèse 2 : les gratifications sensorielles procurées par l'art-thérapie peuvent stimuler la structure corporelle pour dévoiler le style de la personne et lui permettre une capacité de projection.	10
IV.2.c. Sous hypothèse 3 : L'envie provoquée par l'art-thérapie peut favoriser l'engagement dans l'activité artistique et permettre de se sentir considéré.....	11
IV.2.d. Sous hypothèse 4 : L'engagement et la considération induits dans la musique (écoute et chant), comparés à ceux des arts plastiques (peinture et land art), démontrent l'impact des deux techniques en art-thérapie sur la disponibilité et l'investissement relationnels de la personne âgée dépendante.	12
V. ANALYSE DES RESULTATS	13
V.1. L'étude effectuée présente des résultats encourageants sur l'action de l'art-thérapie auprès d'un public âgé atteint de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères.	13
V.1.a. Il existe une corrélation positive entre l'art-thérapie et l'investissement relationnel des résidents souffrants accueillis en EHPAD.	13
V.1.b. Les tendances observées sont étayées par la littérature scientifique.....	14

V.2. Cette recherche écologique basée sur des études de cas, présente des biais méthodologiques et des attributs spécifiques.....	15
VI. DISCUSSION	16
VI.1. La qualité de soin de la personne âgée atteinte de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères dépend de la considération de ses besoins. 16	
VI.1.a. A. Maslow a proposé une hiérarchie des besoins humains dans sa théorie de la motivation.	16
VI.1.b. Malgré ses troubles psycho-cognitivo-comportementaux, le résident atteint doit rester considéré comme un sujet à part entière.	17
VI.2. La qualité de soin de la personne âgée atteinte de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères est fortement corrélée au positionnement humaniste et au savoir-faire des soignants.....	17
VI.2.a. L’art-thérapie est une pratique paramédicale qui propose une prise en soin différente et complémentaire à l’accompagnement biopsychosocial dispensé en EHPAD.	17
VI.2.b. La personne souffrante ne doit pas s’adapter à une Institution, mais l’Institution doit s’adapter à la personne.	18
CONCLUSION	18
TABLE DES ILLUSTRATIONS/GRAPHIQUES/TABLEAUX	
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE 1: LES ASPECTS DU VIEILLISSEMENT.	
ANNEXE 2 : LES AFFECTIONS NEUROCOGNITVES DU PUBLIC AGE.	
ANNEXE 3 : LES PENALITES ET LES SOUFFRANCES LIEES AUX TPCC.	
ANNEXE 4: LES RELATIONS ET INTERACTIONS AVEC AUTRUI.	
ANNEXE 5 : IMPACT DE L’ART SUR LA PARTIE SAINE DES ENTITES DE L’ETRE HUMAIN.	
ANNEXE 6 : L’OPERATION ARTISTIQUE.	
ANNEXE 7 : LA DYNAMIQUE RELATIONNELLE.	
ANNEXE 8 : LA FICHE D’OUVERTURE.	
ANNEXE 9: LE PROTOCOLE GENERAL EN ART-THERAPIE.	
ANNEXE 10 : LES SPECIFICITES TECHNIQUES DES DOMINANTES MUSICALE ET ART PLASTIQUES.	
ANNEXE 11 : LE CUBE HARMONIQUE.	
ANNEXE 12: LES COTATIONS DES ITEMS UTILISES LORS DE L’ETUDE.	
ANNEXE 13 : L’ECHELLE INVENTAIRE APATHIE.	
ANNEXE 14 : LES PROTOCOLES DE SOIN DES SEPT SUJETS.	
ANNEXE 15 : LE BILAN DES SEANCES.	
ANNEXE 16 : LES RESULTATS PAR FAISCEAUX D’ITEMS.	

ANNEXE 17 : LES RESULTATS DE L'INVENTAIRE APATHIE.

ANNEXE 18 : LES RESULTATS DES CUBES HARMONIQUES.

**ANNEXE 19 : UN PARALLELE DES BESOINS DES PERSONNES AGEES AVEC
LA PYRAMIDE DE MASLOW.**

GLOSSAIRE

SOURCES :

- **Sans précision et hors exceptions précisées** : les définitions sont extraites du dictionnaire en ligne CNRTL¹.
 - **Les termes liés à la médecine « M »** : les définitions sont extraites du Dictionnaire Abrégé des termes de Médecine².
 - **Les mots spécifiques à l'art-thérapie moderne « AT »** : les définitions sont extraites du Dictionnaire Raisonné de l'Art en Médecine³, et de l'ouvrage : Le métier d'art-thérapeute⁴.
 - **Les termes liés à la dynamique relationnelle « DR »** : les définitions sont extraites du cours magistral de Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, de Fabrice Chardon, de mars à juillet 2018.
-

SIGLES ET ABREVIATIONS :

- **ARS** : Agence régionale de Santé
- **AT** : Art-thérapeute
- **BR** : Boucle de renforcement
- **CIF 2001** : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, révision de 2001.
- **CT** : Cible thérapeutique
- **EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **MCI** : Mild cognitive impairment (Déficience cognitive légère)
- **MMSE** : Mini mental state examination (Mini examen de l'état mental)
- **OA** : Opération Artistique
- **OI** : Objectif intermédiaire
- **OG** : Objectif Général
- **TNC** : Trouble neurocognitif
- **TPCC** : Trouble psycho-cognitivo-comportemental
- **SA** : Site d'action

DEFINITIONS :

Agnosie^M : impossibilité de reconnaître des objets, alors qu'il n'existe aucun déficit sensoriel.

Apathie^M : absence ou baisse de l'affectivité avec indifférence et inertie physique.

Apraxie^M : perte de la compréhension de l'usage des objets usuels (phénomène psychosensoriel). Impossibilité de conformer les mouvements au but proposé, le sujet n'étant atteint ni de parésie ni d'ataxie (Phénomène psychomoteur).

Art-thérapie^{AT} : utilisation et l'évaluation des effets de l'esthétisme par la pratique artistique, dans l'objectif de valoriser les potentialités et la partie saine de la personne en souffrance. (Fabrice Chardon⁵)

Autonomie : faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement.

Communication^{AT} : expression volontaire, dirigée vers l'autre. Verbale ou non verbale.

¹ CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [en ligne]. Nancy : CNRTL:2012 [consulté d'août à novembre 2018]. Disponible sur le Word Wide Web : <http://www.cnrtl.fr>.

² DELAMARE, Jacques, Dictionnaire Abrégé des termes de Médecine. 5^{ème} édition-3^èe tirage, Paris : Maloine, 2009.

³ FORESTIER, Richard, Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine. Clamecy : Favre SA, 2017.

⁴ FORESTIER, Richard, Le métier d'art-thérapeute. Clamecy : Editions Favre SA, 2014

⁵ CHARDON, Fabrice, Conclusion et perspectives. IN Art-thérapie, Pratiques cliniques évaluations et recherches. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2018.

Déficiences^M : insuffisance, épuisement.

Dépendance : état d'une personne qui est ou se place sous l'autorité, sous la protection d'une autre par manque d'autonomie.

Densité relationnelle^{DR} : caractérise l'investissement de la personne au regard de celui des autres tenant compte ainsi des rapports de force et d'attraction, de l'énergie nécessaire au maintien de la relation.

Diachronique^{AT} : qui se détache de l'artiste. Qui concerne l'appréhension d'un fait ou d'un ensemble de faits dans son évolution à travers le temps.

Disponibilité relationnelle^{DR} : met en évidence les compétences physiques et psychiques au service du possible lien avec autrui.

Dominante^{AT} : technique artistique ou tout autre élément qui permet d'identifier la séquence artistique.

Élan corporel^{AT} : incitation, stimulation et pulsion motrices initiales à tout mouvement.

Engagement^{AT} : intensité de l'implication d'une personne pour réaliser une activité artistique.

Engagement relationnel^{DR} : implique les compétences au service du lien à l'autre dans le temps et l'espace, nécessitant des codes sociaux et des savoir-faire.

Envie^{DR et AT} : ressenti et archaïsme. Désir de choses que l'on souhaite obtenir fortement.

Expression : action de rendre manifeste par toutes les possibilités du langage, plus particulièrement par celles du langage parlé et écrit, ce que l'on est, pense ou ressent.

Fonctions exécutives : domaine cognitif comprenant la planification, la prise de décision, la mémoire de travail, la capacité de corriger en réponse à des commentaires, flexibilité cognitive (capacité à basculer d'un concept à l'autre). (DSM-5).

Goût^{AT} : qualité du ressenti artistique ; concerne l'espace

Handicap^M : conséquence socio-professionnelle d'une déficience ou d'une incapacité.

Hors verbal^{AT} : qui échappe aux mots et à la parole

Implication relationnelle^{DR} : permet le passage à l'acte relationnel et le lien avec l'autre.

Incapacité^M : altération de l'aptitude aux activités de la vie quotidienne.

Indépendance (fonctionnelle)^{AT} : capacité à faire des actions seul pour s'adapter à son environnement et répondre à ses besoins seuls.

Institutionnalisation : donner à quelque chose ou quelqu'un un caractère permanent.

Investissement relationnel^{DR} : valorise la qualité de l'engagement et par conséquent du style de l'individu au regard de la relation.

Land art : forme d'Art contemporain consistant à utiliser le cadre des matériaux de la nature (Universalis⁶)

Motivation^{DR} : élan corporel mobilisé au regard des capacités cognitives et des connaissances.

Neurocognitif : en sciences, relatif à l'apprentissage en relation avec le développement cérébral, les fonctions mentales. (Universalis).

Neurodégénératif^M : qui concerne la dégénérescence du système nerveux.

Neurophysiologique : partie de la physiologie qui traite du système nerveux.

Pénalité existentielle^{AT} : entrave sanitaire, souffrance.

Phénomène artistique^{AT} : partie sensible et perceptible de l'opération artistique.

Poussée corporelle^{AT} : énergie de la mise en mouvement des segments corporels.

⁶ **Encyclopaedia Universalis**, [En ligne]. Boulogne Billancourt, 2018. [Consulté le 05.11.2018]. Disponible sur le World Wide Web : <http://www.universalis.fr>.

Qualité de vie^{AT} : capacité humaine à assumer des choix ainsi qu'un bon développement et un épanouissement en accord avec la personnalité et dans le respect de l'humanité des personnes.

Relation^{AT} : capacité à établir un lien de nature hors verbale dans le domaine des ressentis. L'un avec l'autre.

Réminiscence : souvenir d'une connaissance acquise dans une vie antérieure.

Ressenti corporel^{AT} : éprouver une sensation physique, en tant que telle, agréable ou désagréable.

Santé (bonne) : état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS⁷).

Style^{AT} : empreinte de la personne par le biais de la technique dans et sur son œuvre et son élaboration. Concerne le temps.

Saveur existentielle^{AT} : régulateur naturel du savoir existentiel. Fondements du goût de vivre

Synchronique^{AT} : qui se produit avec ou en même temps. L'œuvre est indissociable de l'artiste.

Volonté^{DR} : poussée corporelle, passage à l'action.

⁷ **OMS** Organisation Mondiale de la Santé. Comment l'OMS définit-elle la bonne santé ?. [En ligne]. Genève, 2018. [Consulté le 19.09.2018] Disponible du le World Wide Web : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

INTRODUCTION

Cet article présente une étude comparative à tendance qualitative des effets de l'art-thérapie moderne sur l'investissement relationnel* de personnes âgées institutionnalisées, atteintes de troubles psycho-cognitivo-comportementaux sévères à modérément sévères.*

Les progrès de la recherche scientifique ont permis d'affiner le regard sur les critères diagnostiques des affections neurodégénératives*. Les troubles mentaux liés aux pathologies cérébrales nommés «démences», sont répertoriés aujourd'hui dans le manuel spécialisé DSM-5⁸ comme « troubles neurocognitifs ou TNC ». Ils envahissent particulièrement les trois sphères physique, cognitive et comportementale. Ils induisent des troubles de l'expression*, de la communication* et de la relation*. Cette recherche tente de montrer l'action de l'art-thérapie sur les TNC en ajoutant une dimension psycho-affective. Les troubles sont alors nommés TPCC : Troubles Psycho-Cognitivo-Comportementaux.

Cet article s'articule en six chapitres. Il présente le contexte de la recherche en détaillant les pénalités et les souffrances du public. Il précise l'action de l'art-thérapie et l'hypothèse proposée dans cette étude. La seconde partie détaille le matériel et la méthode utilisés pour réunir les données. Ensuite, l'expérience clinique expose les protocoles art-thérapeutiques puis une synthèse des prises en charge. Le troisième et le quatrième sujet traitent et analysent les résultats obtenus. Une discussion puis une conclusion autour de la qualité de soin, de la considération du résident, et de la complémentarité de l'art-thérapie dans le parcours de soin de la personne suivie clôturent cette recherche.

En s'appuyant sur une comparaison des dominantes* musicale et arts plastiques, ce travail propose l'hypothèse suivante: « L'art-thérapie moderne aurait un impact sur l'amélioration de l'investissement relationnel d'un public âgé institutionnalisé en EHPAD*, atteint de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères, par l'utilisation comparée des dominantes musicale (écoute, et chant), et arts plastiques (land art et peinture)». Quatre sous-hypothèses viennent étayer cette argumentation, où sont abordés l'impact sur le ressenti corporel*, la structure corporelle, l'engagement* dans l'activité artistique, puis sur la disponibilité* et l'investissement relationnels.

I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

I.1. Les troubles psycho-cognitivo-comportementaux liés à la maladie et à des blessures de vie génèrent des souffrances.

I.1.a. La détérioration psycho-cognitivo-comportementale altère l'autonomie* des personnes atteintes.

D'étiologie polyfactorielle, la bonne santé* des résidents âgés est altérée par les conséquences du vieillissement⁹ et les effets additifs des maladies aiguës ou chroniques¹⁰.

Les TPCC sont directement liés à des affections neurocognitives*. Ces dernières montrent une détérioration progressive du comportement et/ou de la cognition telles que dans la maladie d'Alzheimer et les affections apparentées¹¹.

⁸ BELIN, Catherine. Nouveaux critères diagnostiques du DSM-5 : en quoi modifient-ils notre pratique? .IN Amieva Hélène, Belliard Serge, Salmon Eric. Les démences. Paris : de boeck et solal, 2014, p1.

⁹ ANNEXE 1 : Les aspects du vieillissement, Tableau 1 : Les aspects fonctionnels, biologiques et psychologiques du vieillissement naturel.

¹⁰ ANNEXE 1 : Les aspects du vieillissement, Tableau 2 : Les pathologies des personnes âgées.

¹¹ ANNEXE 2 : Les affections neurocognitives du public âgé.

La maladie est alors la pénalité existentielle* principale de ce public. Néanmoins chaque individu ne vieillit pas au même rythme, ni dans les mêmes conditions environnementales. Pierre Charazac, évoque une comorbidité par la présence simultanée ou successive de manifestations appartenant à des catégories diagnostiques d'ordre différent, intriquant les symptômes en fonction d'une origine plurifactorielle (biologique, corporelle, psychique et sociale)¹². Ainsi, les blessures de vie telles que la recomposition de la vie sociale (abandon de domicile et institutionnalisation*), le décès de personnes proches, la perspective de la mort, les syndromes post-traumatiques (lié par exemple au vécu pendant la guerre), ou des choix de vie pénalisent secondairement la personne âgée en la prédisposant à être vulnérable. Elle s'isole psychiquement et physiquement, se désinvestit relationnellement et n'est plus en capacité de faire des choix. Elle n'est plus autonome au niveau fonctionnel et décisionnel. Une réflexion schématisée est proposée en Annexe¹³.

I.1.b. Les troubles psycho-cognitivo-comportementaux de la personne âgée se manifestent par des dysfonctionnements ou ralentissements de certains mécanismes humains d'ordre psycho-affectif, cognitif, physique et social.

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012¹⁴ et de ses recommandations de la bonne pratique¹⁵, la HAS* distingue particulièrement certains des comportements des personnes âgées atteintes. Elle les caractérise de « dérangeants, perturbateurs, et dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui ». En fonction de leur niveau de sévérité, ces derniers sont générateurs de souffrances¹⁶ d'ordre mental (psycho-affectif et cognitif), physique et social. P. Wood¹⁷ distingue les conséquences d'une maladie selon trois niveaux : organique, individuel et social. Ainsi le handicap* est la conséquence de désavantages provoqués par des incapacités* induites elles-mêmes par des déficiences*. Dans le cas de TPCC, une altération atteint la fonctionnalité de l'individu, et dégrade son orientation, son indépendance fonctionnelle* et économique, sa mobilité, ses occupations, et ses relations sociales sont altérées. Peu à peu, il semble se désinvestir de sa vie. Il se trouve en situation de handicap et de dépendance*.

I.1.c. La vie en EHPAD est une alternative pour un public âgé dépendant.

La notion de dépendance est corrélée à la maladie et au handicap. Jusqu'à un certain stade de perte d'autonomie et de dépendance physique et psychique, une personne âgée peut rester vivre dans son habitation, accompagnée d'un soutien familial et médical adapté. Lorsque le maintien à domicile est trop difficile, des institutions spécialisées en gériatrie et médicalisées telles que l'EHPAD des Cinq Rivières à Vierzon, sont proposées pour les accueillir. Conventionné avec l'ARS* et le Conseil Général, l'EHPAD applique un cahier des charges garant de son engagement dans une démarche qualité. Grâce à son projet d'établissement, l'EHPAD joint un projet de vie à celui du soin. Il définit les conditions d'hébergement (repas,

¹² Charazac, Pierre, *Aide-mémoire Psychogériatrie en 24 notions*. 2e édition. Malakoff: Dunod, 2015, p184-185.

¹³ ANNEXE 3 : Les pénalités et les souffrances liées aux TPCC. Figure 1 : Une réflexion sur les pénalités du public âgé atteint de TPCC.

¹⁴ CNSA, *Plan Alzheimer 2008-2012*. [En ligne] Paris : CNSA, 2015. Mis à jour le 07 juillet 2016 [Consulté le 17.09.2018]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.cnsa.fr>

¹⁵ HAS, RBP : *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, [En ligne] Saint-Denis La Plaine, 2015. Mis à jour octobre 2015. [Consulté le 17.09.2018]. Disponible sur le World Wide Web : www.has-sante.fr

¹⁶ ANNEXE 3: Les pénalités et les souffrances liées aux TPCC. Tableau 4 : Les souffrances liées aux TPCC.

¹⁷ Charazac, Pierre., *Aide-mémoire Psychogériatrie en 24 notions*. 2e édition. Malakoff: Dunod, 2015, p113.

locaux, espaces verts...), et prend en considération le maintien de la vie sociale des résidents (relations familiales et amicales, respect des droits, ateliers occupationnels, salon de coiffure...). Concernant le suivi de soin du résident, cette structure, propose une action soignante et thérapeutique (soins infirmiers, psychothérapie, actes médicaux et thérapeutiques extérieurs comme la kinésithérapie, ...).

I.2. Les souffrances générant une dépendance induisent une baisse de la qualité relationnelle.

I.2.a. L'isolement psychique et social induit par les troubles psychocognitivo-comportementaux altère l'investissement relationnel de la personne.

Le placement en institution d'une personne âgée, d'autant plus qu'il n'est pas choisi constitue un bouleversement physique et psychique. L'institution est une rupture géographique, affective et sociale imposée. La personne âgée doit s'adapter pour retrouver un rythme de vie, des repères spatio-temporels, des habitudes, pour avoir une meilleure vie relationnelle et des interactions avec autrui¹⁸.

Dans le cas de TPCC sévères à modérément sévères, le ralentissement et/ou l'altération des sphères cognitives, psycho-affectives et comportementales, perturbent en plus ce phénomène d'entrée en institution. Les personnes atteintes, s'expriment et communiquent difficilement. Elles sont peu disponibles physiquement et psychiquement, ne peuvent par défaut passer à l'acte relationnel, et s'engager dans une relation. Un fossé se crée entre l'identité individuelle et l'environnement dans lequel la personne évolue. Elle perd alors son identité sociale¹⁹, et n'a pas de signification particulière ni d'intérêt à s'engager. La personne n'est pas dans la relation interpersonnelle, et se désinvestit socialement.

I.2.b. L'Art est une activité volontaire humaine dirigée vers l'esthétique, permettant un engagement dans l'action et la relation.

Par définition, l'Art est l'expression dans les œuvres humaines d'un idéal de beauté²⁰. Il sous-tend la volonté* d'aller vers l'esthétisme en impliquant de nombreux mécanismes humains lui permettant de vivre consciemment, de s'exprimer en tant que sujet autonome, et d'atteindre une saveur existentielle* en participant à la recherche d'une qualité de vie*²¹. Les mécanismes du corps physique (ressenti, structure, élan*, poussée*), de l'esprit (choix, projection, considération), et de la sphère psychocorporelle (le goût*, le style*, l'engagement*) sont subséquentement impliqués dans l'activité artistique.

Selon Richard Forestier²², l'engagement est l'intensité de l'implication d'une personne pour réaliser une activité artistique.

Pratiqué ou contemplé, l'Art sollicite les capteurs sensoriels pour stimuler les sensations et les émotions associées. Son pouvoir d'éducation, permet d'affiner la perception visuelle, auditive, tactile, olfactive et même gustative (par le goût du bois d'une hanche de clarinette par exemple). L'Art permet une mise en mouvement du corps, engageant sa motricité. Il peut

¹⁸ ANNEXE 4: Relations et interactions avec autrui, selon la CIF 2001.

¹⁹ FANTINI-HAUWEL, Carole, **Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante**. Gely-Nargeot Marie-Christine., Raffart Stéphane. Paris : Dunod, 2014, p123-125.

²⁰ CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [en ligne]. Nancy : CNRTL:2012 [consulté d'août à novembre 2018] Accessible sur le Word Wide Web : <http://www.cnrtl.fr>

²¹ CHARDON, Fabrice., **Conclusion et perspectives**. IN Art-thérapie, Pratiques cliniques évaluations et recherches. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2018

²² FORESTIER, Richard, **Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine**. Clamecy : Favre SA, 2017.

également avoir une action psychique en rappelant par exemple des souvenirs. Ce pouvoir d'entraînement, permet de s'impliquer mentalement et corporellement et de s'engager dans l'action. L'Art permet de s'exprimer, de communiquer et d'être en relation avec autrui. Par conséquent, l'Art permet un engagement dans l'action et la relation.

I.2.c. Dans une démarche thérapeutique et humanitaire, l'art-thérapie peut favoriser la dynamique relationnelle de la personne en souffrance en exploitant ses facultés et capacités existantes dans l'activité artistique.

Comme le définit Fabrice Chardon, l'art-thérapie moderne est « l'utilisation et l'évaluation des effets de l'esthétisme par la pratique artistique, dans l'objectif de valoriser les potentialités et la partie saine de la personne en souffrance »²³.

L'art-thérapie utilise l'Art comme processeur thérapeutique. Cette discipline paramédicale et complémentaire aux autres types de soin permet d'utiliser les facultés et les capacités préservées de l'individu. Il développe ainsi ses compétences, valorise au niveau physique, mental, social ses possibilités, et améliore ses acquis²⁴. L'individu, au cœur de la prise en charge est acteur de son soin. L'art-thérapie s'appuie sur une approche cognitive, psychologique et corporelle et adapte toute technique artistique aux besoins et aux goûts du patient. L'art-thérapeute agit sur prescription médicale ou institutionnelle, et de manière générale sur les troubles de l'expression, de la communication et de la relation. L'opération artistique (OA*)²⁵ basée sur le phénomène artistique* est l'outil nécessaire à la réalisation de la stratégie thérapeutique.

Dans le cadre de cette étude, l'art-thérapie grâce à sa démarche thérapeutique, humanitaire et artistique peut contribuer à améliorer la qualité relationnelle du résident souffrant de TPCC. Elle permet de réinvestir une dynamique d'échange à autrui à travers lequel vie sociale et vie individuelle se complètent. Le principe de dynamique relationnelle se décompose en cinq étapes : la disponibilité, l'implication*, l'engagement*, l'investissement, et la densité*²⁶.

I.3. HYPOTHESE: L'art-thérapie moderne aurait un impact sur l'amélioration de l'investissement relationnel d'un public âgé dépendant institutionnalisé en EHPAD, atteint de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères, par l'utilisation comparée des dominantes musicale (écoute, et chant), et arts plastiques (land art et peinture).

I.3.a. Sous hypothèse 1 : En stimulant le ressenti corporel de la personne, l'art-thérapie peut favoriser son autonomie et ainsi encourager la détermination de son goût.

En art-thérapie, l'objet de l'Art rayonne pour être capté par les sens du résident. Cette partie du phénomène artistique nommée impression, implique le savoir corporel (fondements psychiques et somatiques). Il est émis l'hypothèse que ces sensations physiques induites par ce phénomène esthétique, peuvent avoir un impact émotionnel. On parle alors d'émotion esthétique. Lorsque la perception sensorielle est gratifiante, elle valorise l'individu, et cela lui procure une saveur existentielle positive, liant un savoir-ressentir à un pouvoir ressentir. Cette dernière possibilité induit une potentialité d'expression de ce ressenti et permet alors une

²³ CHARDON, Fabrice, Conclusion et perspectives. IN Art-thérapie, Pratiques cliniques évaluations et recherches. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2018.

²⁴ ANNEXE 5 : Impact de l'Art sur la partie saine des entités l'être humain.

²⁵ ANNEXE 6 : L'opération artistique.

²⁶ ANNEXE 7 : La dynamique relationnelle.

action sur les mécanismes de l'esprit en permettant une possibilité de discrimination. La capacité de choix est alors sollicitée et l'autonomie est favorisée. La sensibilité et l'affirmation des sensations permettent par conséquent de déterminer le goût, ou autrement dit sa faculté d'avoir des préférences pour les sensations artistiques. (Le beau).

Dans cette première hypothèse, il s'agit d'évaluer le ressenti corporel du résident à partir de son expression verbale et corporelle de ses états thymiques et émotionnels. Ensuite, il est émis l'hypothèse de l'existence d'un lien est établi entre l'expression de la saveur existentielle et la cohérence puis l'adaptation du comportement pour mesurer ce ressenti. Enfin, les possibilités de choix du résident à partir de la recherche esthétique dans la production de l'œuvre artistique sont mesurées, ainsi que la détermination de son goût, à partir de sa capacité à l'exprimer.

I.3.b. Sous hypothèse 2 : Les gratifications sensorielles procurées par l'art-thérapie peuvent stimuler la structure corporelle pour dévoiler le style de la personne et lui permettre une capacité de projection.

Il est énoncé l'hypothèse que les gratifications sensorielles liées à la captation de l'objet de l'Art peuvent stimuler le résident et solliciter ainsi sa structure corporelle, alliant corporalité et corporéité pour lui donner envie* et confiance dans ses capacités et ses actions.

La structure corporelle est évaluée à partir de deux dimensions : la qualité de l'expression verbale du résident et sa capacité d'expression.

L'hypothèse est de montrer que la structure corporelle ainsi sollicitée par l'Art permet au résident une capacité de projection qui peut se manifester par l'action de réminiscence* et la qualité de la production.

Enfin, dans l'affirmative, une empreinte artistique est laissée et est indissociable de la personnalité. C'est le style. Son inscription dans le temps est appelée savoir-faire. (Le bien). L'hypothèse émise est que le style génère au niveau des mécanismes de l'esprit des capacités de projection, qui par la réalisation d'une activité expressive, bénéficient de l'énergie qui permet de jeter, d'envoyer d'extérioriser un objet, une image et une idée²⁷. Le style peut être évalué à partir de l'occupation de l'espace de production.

I.3.c. Sous hypothèse 3 : L'envie provoquée par l'art-thérapie peut favoriser l'engagement dans l'activité artistique et permettre de se sentir considéré.

Il est émis l'hypothèse que les gratifications sensorielles qui stimulent le résident dans sa structure corporelle lui permettent un élan et une poussée corporels qui favorisent l'action.

L'élan corporel est la manifestation intéroceptive de la motivation* de s'inscrire dans une dynamique artistique et la poussée corporelle, la volonté c'est-à-dire, sa manifestation extérieure (passage à l'action). La notion de temporalité et de densité de l'envie est alors synonyme d'engagement dans l'activité. Partie intégrante de l'opération artistique, l'engagement, caractérisé selon Richard Forestier, par « l'implication, l'intensité et la sincérité que l'on met dans l'action à suivre »²⁸ est observable dans la phase de traitement mondain, et peut permettre alors un sentiment de considération dans la relation à autrui.

Cette considération est évaluée d'une part à partir de l'expression d'un sentiment de valorisation, et d'autre part, par l'émission d'un jugement sur l'émotion esthétique.

²⁷ FORESTIER, Richard, Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine. Clamecy : Favre SA, 2017, p 416.

²⁸ FORESTIER, Richard, Le métier d'art-thérapeute. Clamecy : Editions Favre SA, 2014, p 169

Enfin, nous émettons l'hypothèse que si une personne est considérée, alors meilleure est l'engagement dans l'action ; engagement qui est évalué à partir de la qualité de l'action et du respect des consignes. (Le bon)

I.3.d. Sous hypothèse 4 : L'engagement et la considération induits dans la musique (écoute et chant), comparés à ceux des arts plastiques (peinture et land art), démontrent l'impact des deux techniques en art-thérapie sur la disponibilité et l'investissement relationnels de la personne âgée dépendante.

Il est émis l'hypothèse que cet engagement et cette considération évoquée ci-dessus par l'intermédiaire de l'art-thérapie permettent ensuite la disponibilité et l'investissement relationnel du résident (par la mise en avant de ses compétences physiques et psychiques). Le résident disponible peut alors s'impliquer dans la relation et permettre un engagement dans celle-ci, permettant la continuité de la dynamique relationnelle et de la qualité de la relation. Que ce soit issu d'un Art diachronique* ou synchronique*, chaque technique artistique a des spécificités exploitables pour dévoiler les potentialités et développer les compétences du résident.

Enfin, cette dernière hypothèse, présume que la dominante musicale et arts-plastiques, est favorable à la valorisation de la qualité de cet engagement relationnel, permettant un investissement relationnel et une qualité du moment conséquents. Il est émis l'hypothèse que la qualité de cet engagement relationnel présente des effets au-delà de la séance d'art-thérapie, au niveau de l'émoussement affectif du résident, de sa perte d'intérêt et d'initiative.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1. L'étude nécessite une méthodologie et des moyens appropriés à l'environnement de vie des sujets.

II.1.a. Des critères d'inclusion sont précisés pour établir une cohorte de sept patients et pour apprécier le degré de réponse à l'hypothèse posée.

Tableau 6: Les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'étude.

CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION
✓ Résidents avec troubles psycho-affectifs, cognitifs, comportementaux ayant des répercussions sur leur autonomie. ✓ Résidents avec troubles de la relation ✓ Résident ayant suivi minimum 5 séances d'art-thérapie. ✓ Age : entre 80 et 95 ans. ✓ MMSE* : entre 3-19 – troubles modérément sévères à sévères. ✓ Résidents institutionnalisés au sein du même EHPAD entre 5 et 2 ans. ✓ Résidents répondant à une indication en Art-thérapie à titre individuel. ✓ Résidents avec une intention sanitaire.	▪ Résidents n'ayant pas de troubles psycho-affectifs, cognitifs, comportementaux ayant des répercussions sur leur autonomie. ▪ Résidents qui ne sont pas en situation d'isolement social. ▪ Résident ayant bénéficié de moins de 5 séances d'art-thérapie. ▪ Age : au-delà de 96 ans, ou moins de 80 ans. ▪ MMSE inférieur à 3 et supérieur à 9. ▪ Résidents institutionnalisés depuis plus de 5 ans. ▪ Résidents n'ayant pas d'indication thérapeutique. ▪ Résidents n'ayant pas d'appétence pour les Arts.

Une cohorte de sept sujets a été constituée à partir de ces critères. Sur une période globale de quatre mois, un suivi régulier à raison d'une séance en moyenne par semaine leur a été proposé, permettant d'avoir entre 5 et 9 observations par résident.

La moyenne d'âge des sujets est de 90 ans, pour une durée de séjour moyenne de trois années. Ils sont porteurs d'une maladie neurodégénérative accompagnée d'autres pathologies, diagnostiquées depuis 10 à 15 ans.

Une autorisation d'utilisation des données répertoriées en séances a été donnée par chaque sujet en capacité de signer ou le cas échéant, par leur responsable légal.

II.1.b. Un suivi art-thérapeutique sur le modèle de l'art-thérapie moderne est spécifiquement mis en place dans le cadre de l'étude.

En art-thérapie moderne, une stratégie art-thérapeutique est adaptée pour chaque résident en fonction de son état de base, de son besoin, de l'indication thérapeutique institutionnelle et enfin des éléments à observer. Après étude du dossier de soin du résident, de quelques séances d'ouverture, et le rassemblement des informations citées précédemment, une fiche d'ouverture²⁹ est complétée. Elle permet de définir les pénalités, les souffrances, les sites d'actions, les cibles thérapeutiques et de déterminer ainsi l'état de base du patient. A partir de là, en découlent la stratégie thérapeutique et la dominante à utiliser.

Dans cette recherche, les séances d'art-thérapie se déroulent selon une méthodologie commune. Un temps de rencontre (accueil, présentation, cadre) pris, et un temps de séquençage adapté pour chaque résident en fonction de ses objectifs thérapeutiques sont proposés. La séance se clôture par une auto-évaluation du sujet et par un moment de discussion amenant à une ouverture vers une prochaine séance. Dans certains cas, un PAS (Plan d'accompagnement des soins) est proposé au sujet pour favoriser l'adhésion au soin.

Afin d'être comparables, les objectifs thérapeutiques de cette étude visent des directions communes (ressenti corporel, structure corporelle, engagement dans l'action, et engagement relationnel).

L'ensemble de toutes ces données constitue le protocole art-thérapeutique dont le modèle général lié à l'étude est présenté en annexe³⁰.

De plus, pour renforcer l'alliance thérapeutique entre chaque séance, l'art-thérapeute se déplace dans l'établissement avec un chariot spécialement adapté pour ses prises en charges, et décoré avec des objets colorés et volumineux (en lien avec les dominantes). Elle positionne également son violon dans son dos lors de ses déplacements. Ainsi, le rayonnement de ces instruments et objets permet une sollicitation supplémentaire de la captation sensorielle des sujets et de leur entourage.

II.1.c. Le choix des dominantes est déterminé en fonction des spécificités des techniques artistiques et selon les critères de discrimination des sujets.

La musique par le chant et l'écoute, et les arts plastiques par le land art* et la peinture aquarelle, sont les deux dominantes choisies dans cette étude. Par leur impact, neurophysiologique*, neurologique, et sensoriel, elles sollicitent les entités mentale, sociale et physique de l'être humain. Elles impliquent notamment la structure corporelle, dans la motricité, la respiration et la posture, et stimulent l'activité cognitive. Elles sont en corrélation avec les appareils sensoriels et ont un rôle social et interculturel.

²⁹ ANNEXE 8 : La fiche d'ouverture.

³⁰ ANNEXE 9: Le protocole général en art-thérapie.

Ces deux dominantes présentent également des distinctions³¹ notamment dans leur caractéristique synchronique pour la musique ou diachronique pour les arts plastiques. A l'exception du land art qui a la particularité paradoxale d'être à la fois diachronique puisqu'il laisse une trace et qu'il est dissociable de l'artiste, mais aussi synchronique où l'œuvre peut être amenée à être éphémère par des composantes naturelles qui se détruisent ou se transforment.

Dans cette étude, le violon a beaucoup été utilisé pour ses propriétés d'abord rayonnantes, sonores, puis sociales. Il a également une action de réminiscence, les résidents ayant connu la plupart du temps un orchestre traditionnel ou folklorique.

Au cours des séances, les techniques artistiques ont été adaptées aux capacités et besoins des résidents et à leur environnement. Par exemple, dans cette étude, des végétaux, minéraux et autres petits artifices cartonnés ont été utilisés pour le land art.

Les séances de musicothérapie ont été conduites pour quatre sujets, en individuel et en groupe. Les séances de peinture ont été proposées à deux résidents, en individuel. Les séances de land art ont été proposées à deux sujets, en individuel. Une personne a bénéficié de deux dominantes suite à une réadaptation de sa stratégie thérapeutique.

II.1.d. Des outils d'évaluation spécifiques au public et au protocole de soin sont proposés pour un recueil de données.

Chaque séance a donné lieu à analyse à partir d'outils d'évaluation spécifiques que sont le cube harmonique³², (une auto-évaluation proposée basée sur le Beau, le Bien, et le Bon), et les cotations d'items³³ choisis en fonction de la stratégie thérapeutique.

Cette recherche a également bénéficié d'une cotation en début et fin de prise en charge de l'échelle Inventaire Apathie³⁴. Cette dernière propose une cotation tripartite (patient, accompagnant, et soignant) des éléments de motivation et d'apathie.

Tous ces éléments sont complétés par des recueils de données écologiques issues des familles, du personnel soignant et des observations hors séance de l'art-thérapeute. (Précisés dans les suivis des prises en charge).

III. EXPERIENCE CLINIQUE

III.1. Les protocoles art-thérapeutiques sont exposés.

Une stratégie art-thérapeutique est mise en place pour chaque patient selon le modèle de protocole présenté précédemment.

Le détail de chaque protocole et une synthèse globale sont présentés en annexe³⁵.

III.2. Une synthèse des prises en charges est présentée sous forme de tableaux.

Chaque séance d'art-thérapie effectuée fait l'objet d'un résumé synthétique présenté en annexe³⁶. Les résultats seront présentés comparativement lorsque la dominante est musicale ou bien lorsque la dominante est art plastiques.

³¹ ANNEXE 10 : Les spécificités techniques des dominantes musicale et arts plastiques.

³² ANNEXE 11: Le Cube harmonique.

³³ ANNEXE 12 : Les Cotations des items utilisés lors de l'étude.

³⁴ ANNEXE 13 : L'échelle Inventaire Apathie.

³⁵ ANNEXE 14: Les protocoles de soin des sept sujets.

³⁶ ANNEXE 15 : Le bilan des séances.

IV. RESULTATS

IV.1. Les résultats sont organisés et décomposés selon une méthodologie rigoureuse.

Chaque sujet a bénéficié d'une observation individualisée par l'art-thérapeute, au regard de quatre faisceaux d'items communs modélisés à partir du phénomène artistique: Pendant la séance/Impression-Intention/Action-Production/Dynamique relationnelle³⁷.

Les items utilisés pendant la séance, mesurent l'état thymique et la qualité de l'expression verbale pendant la durée des séquençages. Dans le faisceau impression/intention, est observée l'intention avant la production. Les items liés à l'action-production concernent la qualité de la production, l'expression dans l'action et le lien avec l'esthétisme. Enfin la dynamique relationnelle tente de noter la qualité relationnelle des sujets.

L'échelle Inventaire Apathie, mesure au niveau qualitatif et/ou quantitatif selon le cas, l'émoussement affectif, la perte d'initiative, et la perte d'intérêt des sujets. Une comparaison entre le début et la fin des prises en charge est proposée en annexe³⁸.

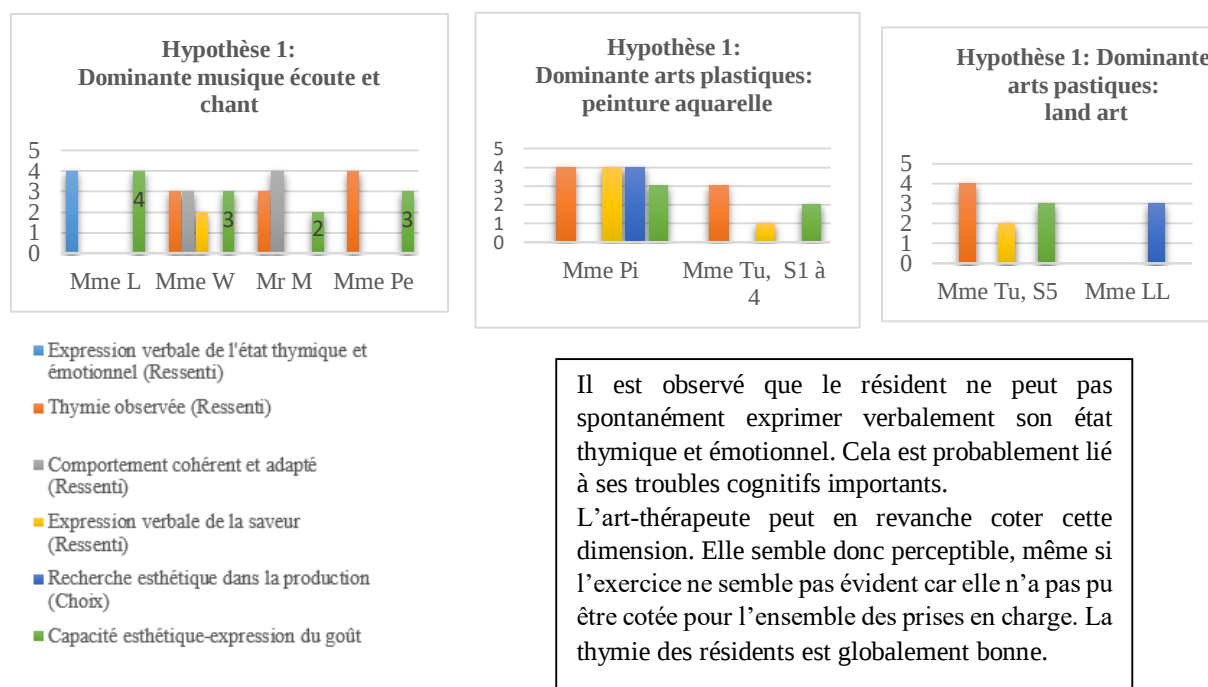
Chaque prise en soin a également un suivi en auto-évaluation grâce au cube harmonique³⁹.

Il a été réalisé sur certaines dimensions (hypothèses 1 à 4) une moyenne sur toutes les séances dont les arrondis ont été portés au chiffre supérieur. Un sujet, Mme Tu, a bénéficié de séances de peintures (1 à 4) et d'une séance de land art (S5). Dans cette étude, il convient d'analyser les résultats en fonction des sous hypothèses développées précédemment.

IV.2. Les résultats obtenus des sept accompagnements sont développés par sous hypothèse.

IV.2.a. Sous hypothèse 1 : En stimulant le ressenti corporel de la personne, l'art-thérapie peut favoriser l'autonomie du sujet et ainsi encourager la détermination du goût.

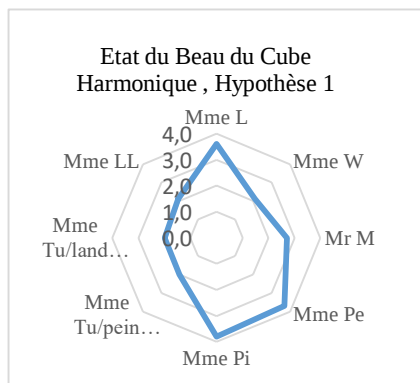
Graphique 7 : Un comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 1.



³⁷ ANNEXE 16 : Les résultats par faisceaux d'items.

³⁸ ANNEXE 17 : Les résultats de l'Inventaire Apathie.

³⁹ ANNEXE 18 : Les résultats des cubes harmoniques.



(Suite) La cohérence et l'adaptation du comportement ne sont pas toujours évaluables. Cela n'a été possible qu'auprès de 2 résidents. Dans ces 2 cas, le comportement était plutôt adapté.

L'expression verbale de la saveur n'est pas toujours possible. Elle n'a pu être recueillie que dans 3 cas sur 7. Toutefois, lorsqu'elle est possible, la saveur exprimée est plus ou moins intense.

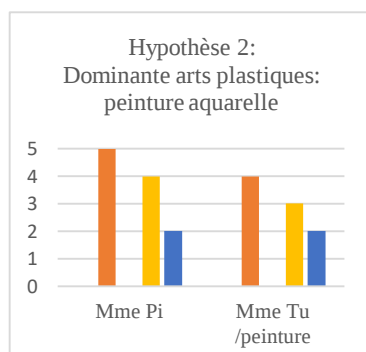
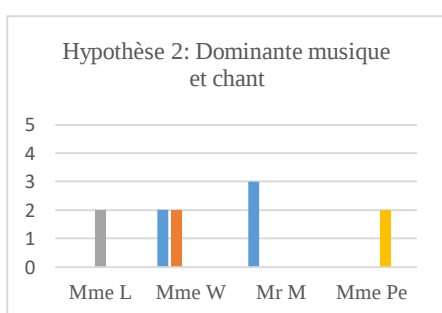
La recherche esthétique, lorsqu'elle peut être exprimée et/ou perçue est très positive systématiquement.

L'expression du goût est en revanche une dimension bien évaluable (6 cotations sur 7) et montre globalement une expression positive sur l'œuvre artistique réalisée. Seul un résident (Mr M) semble plus nuancé dans sa cotation. Les scores sont plutôt les mêmes quelle que soit la dominante art-thérapeutique utilisée.

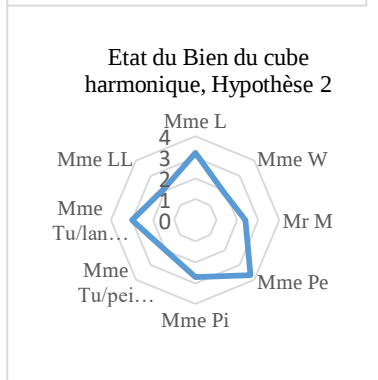
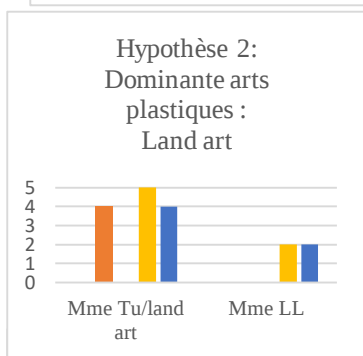
Quant aux scores obtenus au cube harmonique, il semble qu'il y ait une dichotomie franche : soit le résident considère son œuvre comme belle et il cote un score élevé (5) (4 résidents sur 7), soit il n'aime pas sa réalisation et la cote sévèrement à 1. (3 résidents sur 7). Toutefois, une majorité apprécie l'œuvre réalisée. Cette dimension a pu être systématiquement cotée.

IV.2.b. Sous hypothèse 2 : les gratifications sensorielles procurées par l'art-thérapie peuvent stimuler la structure corporelle pour dévoiler le style de la personne et lui permettre une capacité de projection.

Graphique 8 : Un comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 2.



- Qualité de l'expression verbale (Structure)
- Capacité d'expression verbale (Structure)
- Action de réminiscence (Projection)
- Qualité de production (projection)
- Occupation de l'espace de production (Style)



La qualité de l'expression verbale est une dimension difficile à coter car elle est évaluable uniquement sur 2 résidents sur 7. Lorsque cette cotation est possible, la structure corporelle semble se situer à un niveau moyen (score compris entre 2 et 3) sur l'échelle de cotation. Cependant, la capacité d'expression verbale est cotée pour 4 des 7 sujets. Ces résultats semblent correspondre aux troubles langagiers dus aux TPPC.

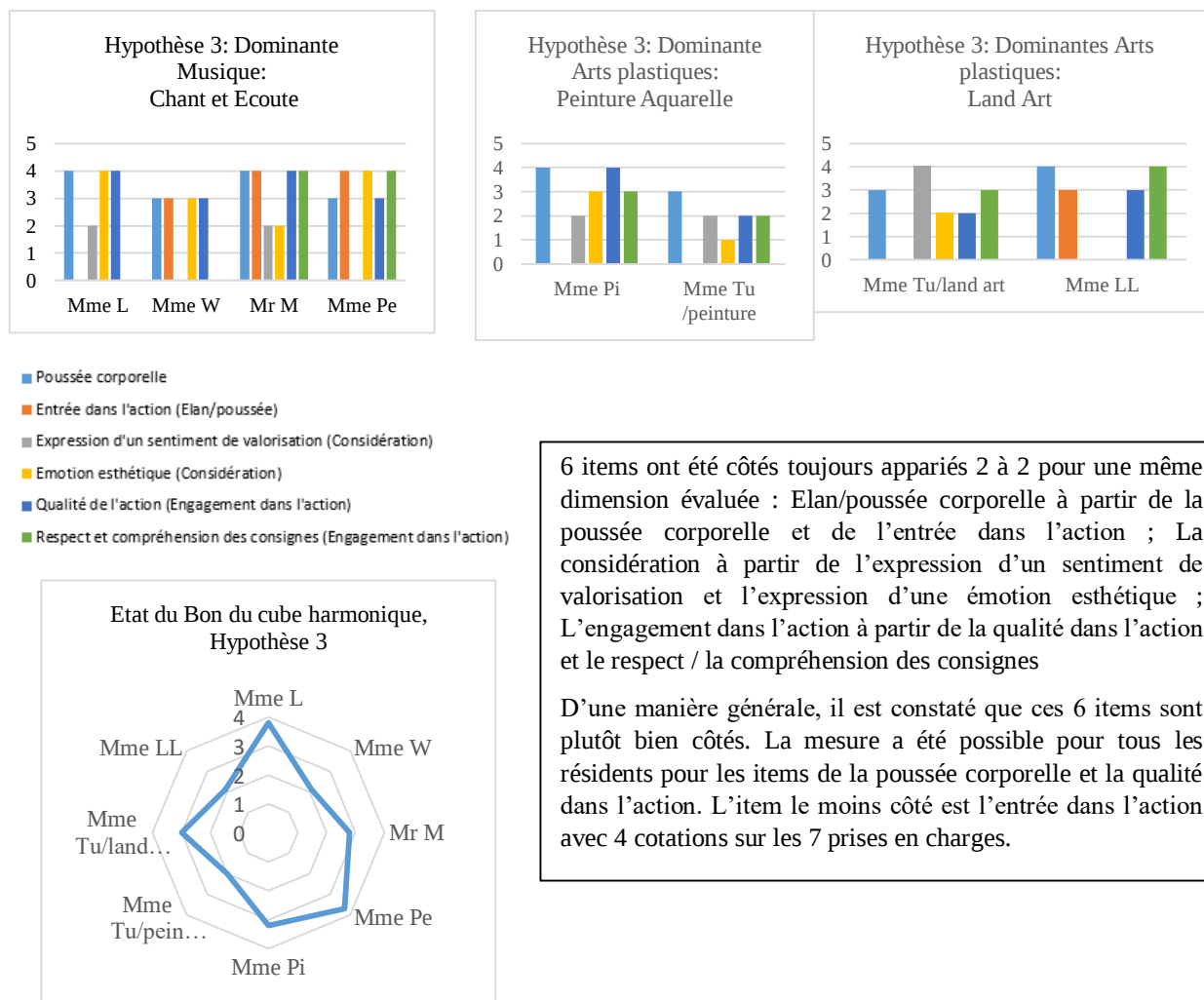
L'action de réminiscence qui constitue l'une des évaluations de la capacité de projection n'est évaluable que sur 1 seul résident. Cette dimension semble donc difficilement cotable. Par contre, la qualité de la production semble plus évaluable (4 résidents sur 7) avec des résultats un peu hétérogènes (2 sont en dessous de la moyenne soit 2.5, 2 sont au-dessus pour la dominante arts-plastiques).

Enfin, l'occupation de l'espace n'a pu être cotée que pour 3 résidents sur 7. Les résultats sont plutôt bons, avec des scores de 4 ou 5. Peut-être sont-ils corrélés avec la qualité de la production. En effet, on observe pour 2 résidents que lorsque les scores sur la qualité de la production sont élevés (4 ou 5 sur une échelle en 5 points), alors l'occupation de l'espace de production est important. Cela signifie que lorsque la structure corporelle est stimulée, le style est dévoilé et impulse la capacité de projection et d'occupation de l'espace.

La cotation du bien au cube harmonique permet une amélioration de la cotation par rapport au beau pour 1 résident et 1 résident régresse dans sa cotation. Pour les résidents qui ont coté 4 ou 5 au beau, la cotation est la même au bien.

IV.2.c. Sous hypothèse 3 : L'envie provoquée par l'art-thérapie peut favoriser l'engagement dans l'activité artistique et permettre de se sentir considéré.

Graphique 9 : Un comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 3.



6 items ont été cotés toujours appariés 2 à 2 pour une même dimension évaluée : Elan/poussée corporelle à partir de la poussée corporelle et de l'entrée dans l'action ; La considération à partir de l'expression d'un sentiment de valorisation et l'expression d'une émotion esthétique ; L'engagement dans l'action à partir de la qualité dans l'action et le respect / la compréhension des consignes

D'une manière générale, il est constaté que ces 6 items sont plutôt bien cotés. La mesure a été possible pour tous les résidents pour les items de la poussée corporelle et la qualité dans l'action. L'item le moins coté est l'entrée dans l'action avec 4 cotations sur les 7 prises en charges.

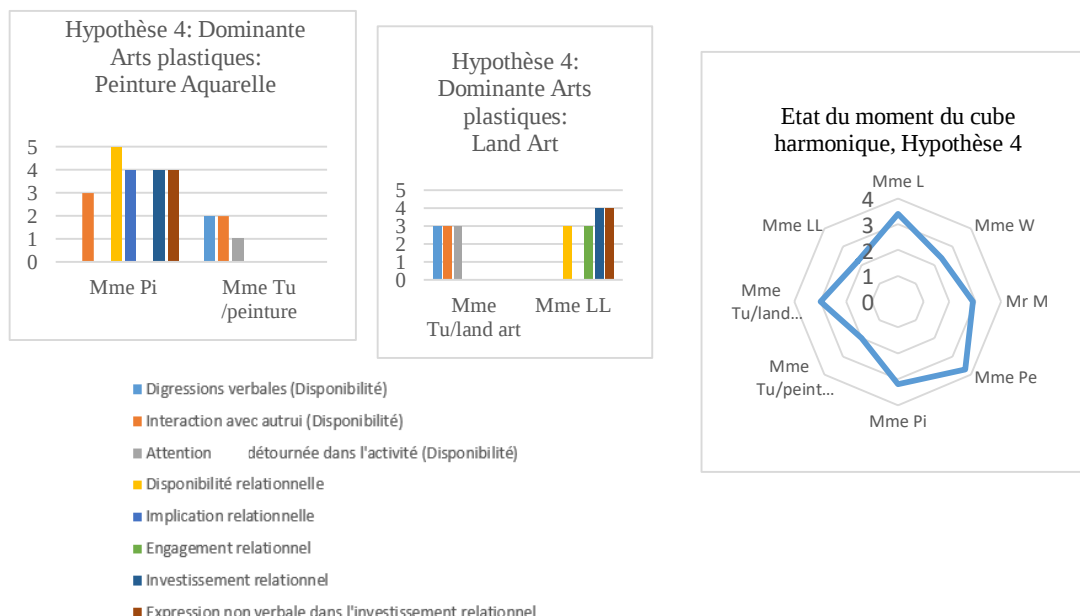
On observe que la poussée corporelle est plutôt forte (cotée entre 3 et 4 sur une échelle de 5). L'entrée dans l'action, bien qu'un peu moins cotée d'un résident à un autre, donne des scores honorables situés au-delà de la moyenne (2.5). L'expression d'un sentiment de considération est plutôt faible, à 2, en-deçà de la moyenne. L'émotion esthétique est variable d'un résident à un autre. Mais elle est exprimée. (score allant de 1 à 4). Enfin, la qualité de l'action est bonne, à l'exception d'un résident en deçà de la moyenne. Cette dimension est cotée pour l'ensemble de la cohorte, témoignant l'accès réalisable de l'évaluation de cette dimension. Le respect et la compréhension des consignes est également un item plutôt cotable, et indique un bon score, soit un bon respect des consignes.

Ces 3 graphiques montrent que plus on « avance » dans l'évaluation de processus plus élaborés, plus les items sont cotables sur l'échelle de mesure retenue. Bien que les cohortes soient très petites et les échelles de cotation en peu de points, on ne peut pas dire au regard des résultats présentés qu'il y a une différence de résultat entre les différentes dominantes.

L'expression du bon au cube harmonique montre les mêmes résultats que pour le bien. Lorsqu'un résident se « dévalorise », il cote systématiquement cette insatisfaction de lui-même quelle que soit la dimension évaluée. Il est intéressant de remarquer que les jugements sont prononcés. Est-ce une caractéristique liée à l'âge ? aux TPCC ? à la dominante artistique ?

IV.2.d. Sous hypothèse 4 : L'engagement et la considération induits dans la musique (écoute et chant), comparés à ceux des arts plastiques (peinture et land art), démontrent l'impact des deux techniques en art-thérapie sur la disponibilité et l'investissement relationnels de la personne âgée dépendante.

Graphique 10 : Un comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 4.



La disponibilité du résident a été mesurée à partir de plusieurs items qui sont les digressions verbales, les interactions avec l'art-thérapeute, l'attention soutenue dans l'activité.

Les cotations de ces items sont possibles. Il y a globalement peu de digressions verbales. Les interactions avec autrui sont fréquentes et l'attention est soutenue à l'activité artistique proposée. Cela signe des capacités de concentration malgré l'existence de TPCC. Ces capacités sont mobilisées sans doute grâce à la dominante artistique qui favorise la disponibilité du résident pour cette activité.

Enfin, l'investissement relationnel est évalué à partir de plusieurs items que sont la disponibilité relationnelle, l'implication, l'engagement, l'investissement relationnel et l'expression non verbale dans l'investissement relationnel. Tous ces items sont cotés pour pratiquement l'ensemble de la cohorte. Les scores obtenus sont plutôt bons voire élevés.

La cotation au cube harmonique reste stable aux 3 critères harmoniques évalués plus haut. Il est donc observé que plus on avance dans le processus d'analyse cognitif et comportemental de l'action art-thérapeutique, plus les faisceaux d'indices sont cotables, meilleures en sont les cotations. Par contre, on observe une stabilité de la cotation des dimensions évaluées à partir du cube harmonique.

Il est également noté une diminution globale de l'émoussement affectif pour 3 sujets de la cohorte, une amélioration globale de la prise d'initiative pour 6 des 7 résidents, et une progression de l'intérêt pour 5 résidents, entre le début et la fin de la prise en charge art-thérapeutique. (cf Annexe 17)

V. ANALYSE DES RESULTATS

V.1. L'étude effectuée présente des résultats encourageants sur l'action de l'art-thérapie auprès d'un public âgé atteint de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères.

V.1.a. Il existe une corrélation positive entre l'art-thérapie et l'investissement relationnel des résidents souffrants accueillis en EHPAD.

D'une manière générale, les résultats ci-dessus montrent que l'investissement relationnel des résidents est possible et est de qualité au cours de séances art-thérapeutiques, malgré les troubles psycho-cognitivo-comportementaux dont souffrent la cohorte choisie.

Il existe donc un lien entre l'art-thérapie et l'investissement relationnel. Aussi, bien que les items soient difficilement cotables sur les premières hypothèses mesurées, on peut induire la véracité de toutes les hypothèses présentées ci-dessus puisque les étapes décortiquées pour en arriver à la mesure de l'investissement relationnel sont clairement admises par la communauté scientifique. Toutefois, dans cette étude, il demeure difficile de mesurer avec précision ces différentes étapes du processus.

Les résultats obtenus à la sous-hypothèse 1 appellent quelques remarques. Ils nous permettent de dire que les sensations physiques sont difficilement évaluables au départ par le résident à partir d'une évaluation langagière. L'évaluation par l'art-thérapeute demeure aussi difficile à partir d'une observation.

De plus, la saveur existentielle est un peu plus mesurable, même si elle reste compliquée à recueillir. Elle peut varier dans ses résultats pour être plus ou moins intense.

Enfin, la capacité esthétique dans l'expression du goût est un critère bien mesurable et montre que globalement, les résidents sont en recherche d'esthétisme, malgré leur âge et leurs troubles cognitifs.

En conclusion sur cette hypothèse, nous pouvons dire que l'art-thérapie procure des gratifications sensorielles aux résidents leur permettant une recherche de l'esthétisme.

Les résultats obtenus à la sous-hypothèse 2 appellent également quelques commentaires. C'est à ce niveau que les résultats sont les plus difficiles à obtenir et les plus compliqués à analyser en raison de leur variation. La trop faible cohorte ne permet pas d'en dire plus. La perception de la structure corporelle, associée aux capacités de projection du résident et à la définition de son style ne semblent pas faciles à partir des items choisis. Est-ce que cela provient des items ? de la difficulté à mesurer ces dimensions ? Dans tous les cas, même l'observateur a eu du mal à coter les items.

Les résultats de l'hypothèse 3 donnent des observations intéressantes. Elan et poussée sont 2 dimensions liées, bien préservées malgré les TPCC. L'engagement dans l'action est marqué, même si la considération est plus modeste. Cela signifie que les résidents sont capables de « faire », de produire une œuvre, à partir d'une volonté, non pas manifeste, mais induite par les gratifications sensorielles provoquées au départ par l'exercice artistique.

Enfin, les résultats de l'hypothèse 4 montrent l'intensité de la disponibilité et de l'engagement relationnel des résidents au cours des séances d'art-thérapie. Dimensions plus facilement évaluables et cotées fortement positivement, elles mettent en évidence les bienfaits de l'art-thérapie sur la disponibilité et l'investissement relationnel. Ce qui est intéressant dans l'art-thérapie est que cette discipline suscite de la part des résidents de l'engagement, une poussée et un élan et une volonté sans recourir à des traitements cognitifs plus complexes. L'art-thérapie permet également une expression émotionnelle (beau, bien, bon) qui ne semble plus forcément encore exister spontanément dans la relation avec le résident.

Est-ce que ces résultats tiennent dans le temps ?

Et bien oui. Les effets de l'art-thérapie durent dans le temps, à moyen terme. En effet, les personnels soignants indiquent une amélioration de la qualité relationnelle, une baisse de l'émoussement affectif et une progression de l'intérêt et de l'initiative des patients accompagnés par l'art-thérapeute. Les bienfaits s'expriment notamment par le sourire avec un visage moins crispé par davantage de regards et une meilleure disponibilité relationnelle dans le soin. Il pourrait être intéressant de mener d'autres mesures de l'impact de la qualité relationnelle dans les soins (par exemple, à partir d'une échelle de cotation de la crispation du résident à la toilette, ou bien encore à partir d'une échelle de mesure de la douleur) et corrélérer les résultats obtenus à une cohorte de résidents qui bénéficie de séances régulières d'art-thérapie à une cohorte témoin qui ne bénéficie pas de ces séances.

Les familles des résidents ont également fait des retours très positifs de l'accompagnement art-thérapeutique, en soulignant l'amélioration de la qualité relationnelle qu'ils ont avec leurs parents. Même si cet effet ne dure pas à long terme, il reste néanmoins très positivement souligné sur du court à moyen terme (quelques semaines). En effet, dans les premières minutes de rencontre, le résident présente un visage plus détendu, plus souriant, plus éveillé, et cherche à parler avec son parent de ce qu'il a fait en séance. Plusieurs familles ont exprimé le souhait auprès de la direction de l'établissement de l'importance de recruter un art-thérapeute, et l'ont même écrit dans l'enquête de satisfaction des familles en septembre 2018. Le travail effectué par l'art-thérapeute a également été souligné positivement par les membres du Conseil de la Vie Sociale qui s'est tenu le 21 août 2018. En conclusion, les études de cas présentées ci-dessus démontrent les effets bénéfiques d'un accompagnement art-thérapeutique auprès de personnes âgées institutionnalisées présentant des TPCC modérément sévères à très sévères.

Il est observé des capacités d'apprentissage et d'expression corporelle et verbales, qui semblaient perdues de prime abord.

Les bénéfices sont observés même lorsque l'action art-thérapeutique est à dominante musicale et/ou arts plastiques.

Ces données corroborent bien avec les 3 pouvoirs de l'art : Le pouvoir éducatif, le pouvoir d'entraînement et les effets relationnels.

V.1.b. Les tendances observées sont étayées par la littérature scientifique.

Les tendances observées ci-dessus démontrent l'importance de la corporéité dans l'investissement relationnel du résident. Néanmoins, tel que le souligne le travail d'Aude Gueudry⁴⁰, dans la détermination de l'investissement relationnel, d'autres éléments plus largement liés à la dynamique relationnelle s'ajoutent à la corporéité, comme les relations de la personne avec son entourage ou avec l'art-thérapeute.

Il est également question d'engagement dans l'action et dans la relation, puisque l'investissement relationnel en valorise la qualité, et détermine le style de l'individu au regard de la relation; permettant ainsi de se sentir considéré, et de rompre son isolement social⁴¹.

⁴⁰ GUEUDRY Aude. *Améliorer l'investissement relationnel des personnes atteintes de lésion cérébrales induisant un handicap moteur : mise en place de séances d'art-thérapie au sein d'un Service d'Activités de Jour*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 50 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016.

⁴¹ CARATIS Lisa. *L'art-thérapie peut accompagner la personne en situation de précarité et d'exclusion et renforcer son engagement dans un processus de réinsertion sociale*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 40 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2017.

Ensuite, la recherche du plaisir esthétique et les émotions esthétiques partagées contribuent à la diminution des pertes des fonctions exécutives*⁴², et à la diminution des troubles psycho-comportementaux⁴³ permettant ainsi l'amélioration du lien social du patient.

L'investissement relationnel fait alors partie intégrante de l'évolution de la dynamique relationnelle, et serait une progression chronologique de la densité de l'engagement relationnel⁴⁴.

De nombreux travaux scientifiques portent sur l'engagement relationnel et en discutent plusieurs modélisations. Nous retiendrons ici le modèle intégratif de l'engagement d'Anne Brault-Labbé et de Lisé Dubé⁴⁵, qui par une conceptualisation potentielle applicable à tout domaine, propose une vision tridimensionnelle, faisant interagir les forces affectives (plaisir, intérêt personnel, ou attirance ressentie par l'individu à l'égard de l'engagement), les forces comportementales (poursuite de l'action et des efforts que nécessite l'engagement en dépit des obstacles) et les forces cognitives (capacité à réconcilier les éléments positifs et négatifs associés au fait de s'engager). Ces trois dimensions font partie d'une dynamique, ayant un caractère évolutif et cyclique dans l'engagement de la personne. Chez le résident atteint de TPPC, ces trois niveaux peuvent être altérés, atteignant en conséquence leur investissement relationnel. Toutefois, l'étude montre que ces trois sphères ne sont pas altérées de la même intensité chez les résidents porteurs de TPCC (ex : il est possible de faire varier la qualité de l'investissement relationnel alors même que la sphère cognitive est très lourdement dégradée). Par son action sur le ressenti, la structure et l'engagement, l'art-thérapie peut ainsi diminuer l'expression des TPCC au profit d'une meilleure réalisation de soi et d'une meilleure qualité de l'investissement relationnel.

V.2. Cette recherche écologique basée sur des études de cas, présente des biais méthodologiques et des attributs spécifiques.

Comme précisé précédemment, une partie de l'interprétation reste subjective car il demeure difficile de mesurer sur le plan scientifique les bienfaits de l'art-thérapie sans prendre en compte d'autres variables comme les observations de l'entourage des sujets (famille, soignants). Ces données contribuent à compléter les attributs spécifiques d'une recherche scientifique qualitative.

Sont considérés comme des biais dans cette étude, la faible cohorte, la courte durée des prises en charges et le nombre variable de séances, ainsi que l'absence de traitement statistique sur les données. Il est également noté une disproportion de la répartition homme/femme dans la cohorte de cette recherche, avec 1 homme pour 6 femmes.

Même si les sujets souffrent tous de TPCC, leurs diversités de polypathologies, d'histoire de vie, et d'appétence pour les Arts, font que leurs sites d'actions et cibles thérapeutiques sont différents. Même si un protocole thérapeutique identique a été proposé ces données peuvent être pénalisantes dans l'interprétation des résultats.

⁴² **BIRLOUET Thomas.** *Etude de l'impact de l'art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolodépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives.* Tours. Université de Tours. 1 vol. 39 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016.

⁴³ **BOISDE Marie.** *Impact de l'art-thérapie sur les troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées démentes.* Tours. Université de Tours. 1 vol. 61 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2018.

⁴⁴ **ANNEXE 7 :** La dynamique relationnelle.

⁴⁵ **BRAULT-LABBE Anne, DUBE Lise.** *Mieux comprendre l'engagement psychologique* : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2009/1, n° 81, p. 115-131.

Ensuite, concernant l'autoévaluation des sujets dans le cube harmonique ou bien l'évaluation de l'Inventaire apathie, nous ne pouvons affirmer formellement l'exactitude de la compréhension des résidents, de par leur troubles cognitifs.

De plus, cette étude basée sur la comparaison de l'effet de plusieurs dominantes, ne dispose pas de groupe contrôle, pour comparer les résultats avec un groupe n'ayant pas bénéficié de séances d'art-thérapie.

Pour terminer, Gustave-Nicolas Fischer⁴⁶, distingue la relation en trois parties : les relations interpersonnelles, « circonstances à notre condition sociale, qui constituent habituellement le cadre de l'intérieur duquel nous établissons nos relations avec autrui », les relations affectives alliant les motivations intrinsèques (en fonction du plaisir et de la satisfaction) et extrinsèques (raisons extérieures comme la sécurité ou la considération liée à l'entourage) dans la relation, et enfin, les relations institutionnelles, « qui se développent à l'intérieur d'un cadre et d'un milieu social donné ». Il a été alors choisi de proposer des séances collectives aux sujets bénéficiant d'art-thérapie à dominante musicale, pour permettre grâce au cadre et à la technique du chant de favoriser les relations sociales des quatre sujets bénéficiaires. Néanmoins, cette situation peut être considérée comme un biais dans l'étude, puisqu'un travail collectif, n'a pas été proposé aux trois autres résidents qui ont bénéficié de la dominante arts plastiques.

VI. DISCUSSION

VI.1. La qualité de soin de la personne âgée atteinte de troubles psychocognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères dépend de la considération de ses besoins.

VI.1.a. A. Maslow a proposé une hiérarchie des besoins humains dans sa théorie de la motivation.

Le psychologue américain Abraham Maslow a élaboré dans les années 1940 une théorie de la motivation⁴⁷ basée sur une hiérarchisation des besoins de l'être humain qui engendrent des motivations. Les besoins physiologiques sont à la base des nécessités humaines. Suivent le besoin de sécurité, puis d'appartenance, d'estime et enfin le besoin de réalisation. Chaque niveau dépend du précédent, ne pouvant être réalisé si le dernier n'est pas assouvi.

En EHPAD, le besoin de réalisation est peu pris en considération par les professionnels, soit par manque de connaissance, soit par manque de moyens. L'art-thérapie est une des solutions pour mieux prendre en compte ce besoin si fondamental mais tant bafoué lorsque l'on est âgé, malade et que l'on vit en institution.

Marie-Claire Borreman, propose un parallèle des besoins des personnes âgées avec ceux de la pyramide de Maslow. Ces données présentées en annexe⁴⁸, permettent de répertorier les besoins des personnes âgées, et de les lier à de possibles souffrances. Une troisième colonne propose des actions thérapeutiques et/ou occupationnelles pour y remédier, démontrant l'intérêt d'un travail interdisciplinaire et art-thérapeutique auprès de ce public.

⁴⁶ FISCHER Gustave-Nicolas. *Le concept de relation en psychologie sociale*. Recherche en soins infirmiers 1999/1, n°56, p 4-11.

⁴⁷ MASLOW H. Abraham, *A Theory of Human Motivation*. Edition 2013. Estford, CT USA, Martino Fine Books, 2013.

⁴⁸ ANNEXE 19 : Un parallèle des besoins des personnes âgées avec la pyramide de Maslow.

VI.1.b. Malgré ses troubles psycho-cognitivo-comportementaux, le résident atteint doit rester considéré comme un sujet à part entière.

Le terme démence n'a volontairement pas été cité dans ce travail. La notion de Troubles Psycho-Cognitivo-Comportementaux, a été alors privilégiée, afin de d'éviter tout archétype collectif de catégorisation faisant perdre son sens au diagnostic différentiel donné à un résident. En effet, comme le décrit Jean Maisondieu⁴⁹ : « ...considéré comme atteint d'une maladie incurable et irréversible, ne nécessitant officiellement pas de soins spécialisés, il ne concerne plus les soignants».

Comme tout être humain, la personne âgée a des droits rappelés notamment dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance de 2007⁵⁰. Elle décrit en 14 points les règles fondamentales de vie des personnes âgées en perte d'autonomie notamment concernant ses choix de vie, sa vie sociale, culturelle, sa liberté d'expression, la préservation de son autonomie, l'accès aux soins, ou la qualification des intervenants. L'art-thérapie constitue une réponse à cette liberté d'expression.

Le résident, bien qu'atteint de TPCC et fortement pénalisé dans ses facultés et capacités, ne doit pas pour autant en perdre sa dignité. Il demeure un être humain, avec des droits et des compétences existantes et doit à ce titre être considéré comme sujet (individu à part entière).

VI.2. La qualité de soin de la personne âgée atteinte de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères est fortement corrélée au positionnement humaniste et au savoir-faire des soignants.

VI.2.a. L'art-thérapie est une pratique paramédicale qui propose une prise en soin différente et complémentaire à l'accompagnement biopsychosocial dispensé en EHPAD.

Les trois premiers niveaux de la pyramide de Maslow, (besoins physiologiques, de sécurité et d'appartenance) sont les plus particulièrement visés par la mission globale de l'EHPAD. A savoir, accompagner les personnes fragiles et vulnérables, puis préserver leur autonomie par une prise en charge comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation, et les soins somatiques et psychologiques. L'art-thérapie moderne, exploite le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. Il permet alors au résident impliqué dans une démarche esthétique par la pratique ou la contemplation de l'Art, d'agir comme acteur ou spectateur (contemplateur). Comme évoqué précédemment, l'Art a un pouvoir d'entraînement, un pouvoir éducatif et un effet relationnel. Ces trois caractéristiques, permettent de recouvrer un élan et une poussée vers l'envie et simplement vers la vie. Ainsi, l'art-thérapie, par son action de plaisir esthétique, évoque des sentiments et provoque des émotions esthétiques gratifiantes, permettant une saveur existentielle positive. Cette discipline paramédicale prend en considération l'individu avec ses pénalités et ses souffrances. Elle se sert des capacités saines de l'individu quel qu'en soit le degré d'existence, pour donner de la couleur, de l'harmonie, et un mieux-être à la personne considérée en tant que tel. Ainsi elle permet de valoriser et de travailler sur les trois derniers niveaux évoqués par Maslow, c'est à dire : les besoins d'appartenance, d'estime et de réalisation, permettant une complémentarité essentielle à la qualité de soin prodiguée par l'environnement biopsychosocial de l'EHPAD.

⁴⁹ **MAISONDIEU Jean, Le crépuscule de la raison : pour en finir avec la démence.** Avoir la mort présente à l'esprit pour éviter la mort à l'esprit. Paris : Centution, 1989, p43.

⁵⁰ **fng** Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne]. Paris, 2007 [Consulté le 31.10.2018] Disponible du le World Wide Web : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf.

VI.2.b. La personne souffrante ne doit pas s'adapter à une Institution, mais l'Institution doit s'adapter à la personne.

L'institutionnalisation pour la personne âgée, est une révolution de ruptures, d'efforts et d'adaptations. Ces changements sont encore plus perturbants lorsque la personne est atteinte de TPCC, la prise de repères ne pouvant pas ou peu pérenniser.

Comme le citent à juste titre Martial Van der Linden et Anne-Claude Juillerat Van der Linden⁵¹, il faut « penser autrement le vieillissement ». Il est important de considérer la personne âgée institutionnalisée dans son individualité, et d'adapter la prise en charge du résident. Ainsi, un accompagnement qui tient compte de l'état, des besoins, des anamnèses familiale et médicale, et des envies, est un accompagnement plus efficient.

Dans ce cadre l'EHPAD doit poursuivre la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé par résident, qui adapte la prise en soin et la prise en charge du résident à ses besoins, à sa problématique et à la compréhension de son vieillissement et de sa trajectoire de vie. Le personnel de l'institution a également un rôle très important dans l'adaptation de sa posture et de son positionnement professionnel. En effet, souvent trompés par les TPCC et le manque d'autonomie du résident, associés à de très fortes contraintes institutionnelles de manque de temps, de moyens et de formation, l'accompagnant et le soignant peuvent avoir tendance à surprotéger voire à infantiliser le résident. Ces attitudes sont le signe d'une précarisation du fonctionnement institutionnel et témoignent là de ses fragilités. Toutefois, il est primordial d'adapter et d'adopter une attitude authentique, empathique, et respectueuse auprès du résident pour l'aider à se sentir considéré.

CONCLUSION

Cette étude a démontré les actions bénéfiques de l'Art sur les capacités préservées des résidents atteints de TPCC suivis pour la première fois en art-thérapie. Grâce à ses effets, à l'action de la thérapeute, et à l'impact sur l'entourage soignant et familial, l'art-thérapie a tendance à dynamiser le relationnel du résident. C'est pourquoi, les recherches en art-thérapie autour de son impact au long court dans l'investissement relationnel du patient atteint de TPCC, pourraient être pertinentes. De plus, il serait très intéressant et bénéfique pour le patient de maintenir une régularité des séances, afin de stimuler les capacités existantes ou d'en réveiller certaines oubliées.

Dans le cadre de ces affections, le développement des interventions art-thérapeutiques peut être une aide considérable dans l'amélioration de la qualité de vie du résident. Une attitude empathique, respectueuse et authentique auprès du résident peut favoriser les bienfaits relationnels de son accompagnement. La méthode de la Validation proposée par Naomi Feil dans cet esprit pourrait être un complément utile dans le modèle de la dynamique relationnelle, et permettrait de faire de l'art-thérapie un outil encore plus efficace dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de TPCC.

⁵¹ VAN der LINDEN Martial et VAN der LINDEN JULLERAT Anne-Claude, *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles : Editions Mardaga, 2014.

TABLE DES ILLUSTRATIONS/GRAPHIQUES/TABLEAUX

ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Une réflexion sur les pénalités du public âgé atteint de TPCC.

Illustration 2 : Une réflexion sur un schéma de l'impact de l'Art sur la partie saine de l'être humain.

Illustration 3 : Schéma de l'opération artistique.

Illustration 4 : Modèle de la dynamique relationnelle selon Fabrice Chardon.

Illustration 5 : Exemple de pictogrammes utilisés dans l'étude pour le cube harmonique.

GRAPHIQUES

Graphique 1: Les causes des maladies neurocognitives.

Graphique 2: Les résultats du faisceau « Pendant la séance ».

Graphique 3: Les résultats du faisceau « Impression-Intention ».

Graphique 4: Les résultats du faisceau « Action-Production ».

Graphique 5: Les résultats du faisceau « Dynamique Relationnelle ».

Graphique 6 : Les cubes harmoniques des sujets.

Graphique 7 : Le comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 1.

Graphique 8 : Le comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 2.

Graphique 9 : Le comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 3.

Graphique 10 : Le comparatif des items par dominante pour l'hypothèse 4.

TABLEAUX

Tableau 1 : Les Effets du vieillissement physiologique et biologique sur l'organisme.

Tableau 2 : Les pathologies du public âgé.

Tableau 3 : Les caractéristiques physiologiques des maladies neurocognitives.

Tableau 4 : Une répartition des souffrances mentales, sociales et physiques des TPCC.

Tableau 5 : Un extrait du Chapitre 7 Relations et interactions avec autrui du CIF 2001.

Tableau 6 : Les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'étude.

Tableau 7 : Un modèle de fiche d'ouverture art-thérapeutique.

Tableau 8: Un protocole général des sujets de l'étude.

Tableau 9 : Une comparaison de l'action de la musique et des arts plastiques.

Tableau 10 : Le détail des questions posées pour la réalisation du cube harmonique.

Tableau 11 : Une synthèse des stratégies art-thérapeutiques de l'étude

Tableau 12 : Le détail des stratégies.

Tableau 13 : Le bilan des questionnaires Patient/Accompagnant/Soignant de l'échelle Inventaire Apathie.

Tableau 14 : Une évaluation des besoins de la pyramide de Maslow et actions correspondantes

BIBLIOGRAPHIE

MONOGRAPHIES ET PARTIES DE MONOGRAPHIE :

- BORREMAN, Marie-Claire. Ateliers artistiques, Fiches d'activités-évaluation-méthodologie. Paris : Phalente, 2012. Chap, Méthodologie la mise en œuvre des activités, p27-28.
- CHARAZAC, Pierre, Aide-mémoire Psychogériatrie en 24 notions. 2e édition. Malakoff: Dunod, 2015.
- CHOUARD, Claude Henri, L'oreille Musicienne, Les chemins de la musique de l'oreille au cerveau. Mesnil-sur-l'Estrée :Gallimard, 2001.
- CNEG Collège National des Enseignants en Gériatrie, Gériatrie. BELMIN Joël. 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2014.
- CROISILE, Bernard, Alzheimer et les maladies apparentées : Larousse Guides santé. Paris : Larousse, 2007.
- DELAMARE, Jacques, Dictionnaire Abrégé des termes de Médecine. 5 ème édition-3è tirage. Paris : Maloine, 2009.
- FANTINI-HAUWEL, Carole, Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Gely-Nargeot Marie-Christine., Raffart Stéphane. Paris : Dunod, 2014.
- FERTIER, André, Le pouvoir des sons, Expériences et protocoles dans le quotidien pathologique. Bayeux,1995.
- FORESTIER, Richard, Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine. Clamecy : Favre SA, 2017.
- FORESTIER, Richard, Le métier d'art-thérapeute. Clamecy : Editions Favre SA, 2014.
- FORESTIER, Richard, Tout savoir sur la musicothérapie. L'art-thérapie à dominante musicale. Lausanne : Favre SA, 2011.
- HUGONOT-DIENER, Laurence, Grémoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés : collection GRECO. 2^e édition. Paris : de boeck et solal, 2013.
- MAISONDIEU Jean, Le crépuscule de la raison : pour en finir avec la démence. Avoir la mort présente à l'esprit pour éviter la mort à l'esprit. Paris : Centution, 1989, p43.
- MASLOW H. ABRAHAM, A Theory of Human Motivation. Edition 2013. Estford, CT USA , Martino Fine Books, 2013.
- VAN der LINDEN Martial et VAN der LINDEN JUILLERAT Anne-Claude, Penser autrement le vieillissement. Bruxelles : Editions Mardaga, 2014

CONTRIBUTION A UNE MONOGRAPHIE

- BELIN, Catherine. Nouveaux critères diagnostiques du DSM-5 : en quoi modifient-ils notre pratique? .IN Amieva Hélène, Belliard Serge, Salmon Eric. Les démences. Paris : de boeck et solal, 2014, p1.
- DUJARDIN, Kathy. Démence à corps de Lewy et démence de la maladie de Parkinson : neuropsychologie et clinique. IN Amieva Hélène, Belliard Serge., Salmon Eric. Les démences. Paris : de boeck et solal, 2014, p131.
- MOREAUD, Olivier, Nouveaux critères de diagnostic des dégénérescences lobaires frontotemporales. IN Amieva Hélène., Belliard Serge, Salmon Eric. Les démences. Paris : de boeck et solal, 2014, p89.
- CHARDON, Fabrice, Conclusion et perspectives. IN Art-thérapie, Pratiques cliniques évaluations et recherches. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2018.

ARTICLES DANS LA PUBLICATION EN SERIE

- BRAULT-LABBE Anne, DUBE Lise. Mieux comprendre l'engagement psychologique : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2009/1, n° 81, p. 115-131.
- FISCHER Gustave-Nicolas. Le concept de relation en psychologie sociale. Recherche en soins infirmiers 1999/1, n°56, p 4-11.

ARTICLES SCIENTIFIQUES :

- BIRLOUET Thomas. *Etude de l'impact de l'art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcool-dépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 39 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016.
- BOISDE Marie. *Impact de l'art-thérapie sur les troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées démentes*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 61 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2018.
- CARATIS Lisa. *L'art-thérapie peut accompagner la personne en situation de précarité et d'exclusion et renforcer son engagement dans un processus de réinsertion sociale*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 40 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2017.
- DONCHE-GAY Cécile. *L'impact de l'art-thérapie sur les capacités relationnelles des personnes en situation de handicap mental en établissement et service d'aide par le travail*. Grenoble. Université de Grenoble Alpes. 1 vol. 59 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Grenoble : 2018.
- GUEUDRY Aude. *Améliorer l'investissement relationnel des personnes atteintes de lésion cérébrales induisant un handicap moteur : mise en place de séances d'art-thérapie au sein d'un Service d'Activités de Jour*. Tours. Université de Tours. 1 vol. 50 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Tours : 2016.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES / WEBOGRAPHIE

- **Encyclopaedia Universalis**, [En ligne].Boulogne Billancourt, 2018. [Consulté le 05.11.2018]. Disponible sur le World Wide Web : <http://www.universalis.fr>.
- **fng** Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne]. Paris, 2007 [Consulté le 31.10.2018] Disponible du le World Wide Web : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf.
- **HAS, RBP : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs**, [En ligne] Saint-Denis La Plaine, 2015. Mis à jour octobre 2015. [Consulté le 17.09.2018]. Disponible sur le World Wide Web : www.has-sante.fr
- **CIF** Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001. Disponible du le World Wide Web : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1
- **CNSA, Plan Alzheimer 2008-2012**. [En ligne] Paris : CNSA, 2015. Mis à jour le 07 juillet 2016 [Consulté le 17.09.2018]. Disponible du le World Wide Web : <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-alzheimer-2008-2012>
- **CNRTL** Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [en ligne]. Nancy : CNRTL:2012 [consulté d'août à novembre 2018] Disponible sur le Word Wide Web : <http://www.cnrtl.fr>.

- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé. Comment l'OMS définit-elle la bonne santé ?. [En ligne].Genève, 2018. [Consulté le 19.09.2018] Disponible du le World Wide Web : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- **UPMC Sorbonne Universités**, Unf3s, Programme TIL, Joël Belmin. MOOC La Maladie d'Alzheimer session 2, Alzheimer : tout ce que vous avez toujours voulu savoir... [En ligne]. Paris : Edx, 2018. [Consulté le 15.05.2018]. Disponible sur le World Wide Web : https://www.edx.org/course?search_query=alzheimer

Tableau 1 : Les Effets du vieillissement physiologique et biologique sur l'organisme.

Composition de l'organisme et métabolisme (D : diminué ; A : augmenté ; S stoppé)	
Modifiés	Masse maigre (D), proportion de masse grasse (A), tolérance au glucose (D)
Inchangés	Besoins alimentaires
Organes des sens	
Modifiés	Presbytie, cataracte, presbycousie
Système nerveux	
Modifiés	Temps de réaction (A), mémoire et attention (D), sommeil (D), rythmes circadiens (D), sensibilité à la soif (D), sensibilité proprioceptive (D).
Inchangés	Fonctions motrices, sensitive nociceptive, tonus.
Système cardiovasculaire	
Modifiés	Fibrose (A), compliance des ventricules et gros troncs artériels (D), remplissage du ventricule gauche (D), activité du système sympathique (A), réponses sympathiques (D), pression artérielle systolique (A), pression pulsée (A), fonctions endothéliales (D).
Inchangés	Débit cardiaque de repos ou à l'effort, fonction contractile des ventricules.
Appareil respiratoire	
Modifiés	Compliances pulmonaire et thoracique (D), capacité ventilatoire (D), capacité de diffusion de l'oxygène (D), PaO ₂ (D)
Inchangés	PaCO ₂
Appareil digestif	
Modifiés	Flux salivaire (D), sécrétion acide de l'estomac (D), temps de transit intestinal (A), masse et débit sanguin hépatiques (D)
Appareil locomoteur	
Modifiés	Masse musculaire (D), densité des fibres type II (D), densité minérale osseuse (D), résistance mécanique de l'os (D). Contenu en eau du cartilage (D), nombre de chondrocytes (D).
Appareil urinaire	
Modifiés	Nombre de néphrons (D), début de filtration glomérulaire (D), capacité de concentrer ou diluer l'urine (D)
Organes sexuels	
Modifiés	Femmes : sécrétion en œstrogène (D) et progestérone (S), cycles menstruels (S), capacité de reproduction (S). Hommes : sécrétion de testostérone (D), capacité de reproduction (D)
Peau et phanères	
Modifiés	Elasticité cutanée (D), épaisseur du derme (A), mélanocytes (D), activité des glandes sébacées et sudoripares (D).
Système immunitaire	
Modifiés	Réponse à médiation cellulaire liée aux lymphocytes T (D) et certaines interleukines
Inchangés	Réponse humorale
Psychologie et communication	
Modifiés	Modification variables selon les individus et les expériences de vie.
Inchangés	Personnalité

Tableau 2 : Les pathologies du public âgé.

Marqueurs de fragilité de la personne âgée : perte de poids involontaire, force de préhension diminuée, mauvaise endurance, vitesse de marche ralentie, sédentarité. Maladies aiguës (pouvant induire une décompensation d'une autre maladie): anémie, infection des voies respiratoires, épisode dépressif majeur	Maladies chroniques : diabète, maladies cardio-respiratoires, ostéoporose, dépression, cataracte, DMLA, cancers. Syndromes gériatriques : dénutrition protéino-énergétique, déshydratation, chutes répétées, confusion mentale, troubles cognitifs chroniques, dépression, perte d'indépendance fonctionnelle, syndrome d'immobilisation et état grabataire, syndrome de glissement, escarres de pression. Symptômes atypiques chez les personnes âgées : douleur thoracique et coronaropathie, fièvre et infection, contracture et péritonite, tristesse et épisode dépressif majeur.
---	---

⁵² CNEG Collège National des Enseignants en Gériatrie, Gériatrie. Joël Belmin. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2014, Tableau 1: p20-21 et Tableau 2: p97-98.

Graphique 1 : Les causes des maladies neurocognitives

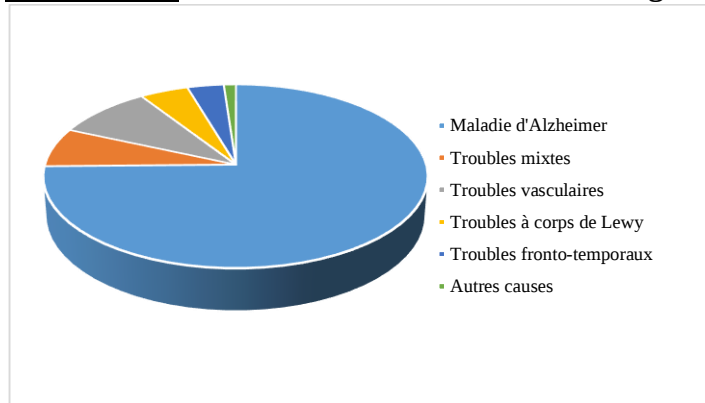


Tableau 3 : Les caractéristiques physiologiques des maladies neuro-cognitives :

Maladie « démence » (TPCC)	De type Alzheimer	A corps de Lewy	Liée à la maladie de Parkinson	Fronto-temporale	Cérébro-vasculaire	Autres séquelles
Type de maladie	Maladie neurodégénérative progressive	Maladie neurodégénérative	Maladie neurodégénérative Maladie de Parkinson avec retentissement cognitif	Maladie neurodégénérative	Résultant de lésions du cerveau d'origine vasculaire	de maladies infectieuses, anoxie cérébrale, traumatismes cérébraux
Evolution	Phases 1 à 5 : 1: asymptotique + Lésions cérébrales 2: MCI* léger déclin 3: stade léger 4: stade modéré 5: stade sévère	Chutes et Hallucinations Sur un profil Alzheimer	Installation secondaire des TPPC, plusieurs années après la maladie de Parkinson	Débute à un âge plus précoce que la maladie d'Alzheimer	Evolution possible vers une démence mixte : lésions vasculaire+ lésions corticales	
Action physiologique	Lésions cérébrales par des dégradations neuronales, des altérations de l'espace intercellulaire	Lésions qui touchent les noyaux des neurones cérébraux. Touche le cortex cérébral de façon diffuse.	Lésions qui touchent les noyaux des neurones cérébraux. Atteignent le cortex cérébral par le locus niger et ensuite se diffuse dans le cortex cérébral.	Lésions qui touchent le cortex baso-fronto-temporal et probablement des structures cérébrales plus profondes (Gyrus cingulaire)	Accidents ischémiques cérébraux*, hémorragiques cérébraux, occlusions de petites artères cérébrales	
Processus neuropathologique	Plaques amyloïdes Amas neurofibrillaires Atrophie cérébrale Altération du lobe temporal (hippocampe, amygdales, réseaux neuronaux)	Plaques amyloïdes Amas neurofibrillaires + Altération des noyaux des neurones cérébraux	Plaques amyloïdes Amas neurofibrillaires + Altération des noyaux des neurones cérébraux	Lésion du lobe frontal et/ou du lobe temporal	Lésions multiples du cerveau	

⁵³ UPMC Sorbonne Universités, Unf3s, Programme TIL, Joël Belmin. MOOC La Maladie d'Alzheimer session 2, Alzheimer : tout ce que vous avez toujours voulu savoir... [En ligne]. Paris : Edx, 2018. [Consulté le 15.05.2018]. Disponible sur le World Wide Web : https://www.edx.org/course?search_query=alzheimer, chapitre 3B Les maladies apparentées.

ANNEXE 3 : LES PENALITES ET LES SOUFFRANCES LIEES AUX TPCC.

Illustration 1 : Une réflexion sur les pénalités du public âgé atteint de TPCC.

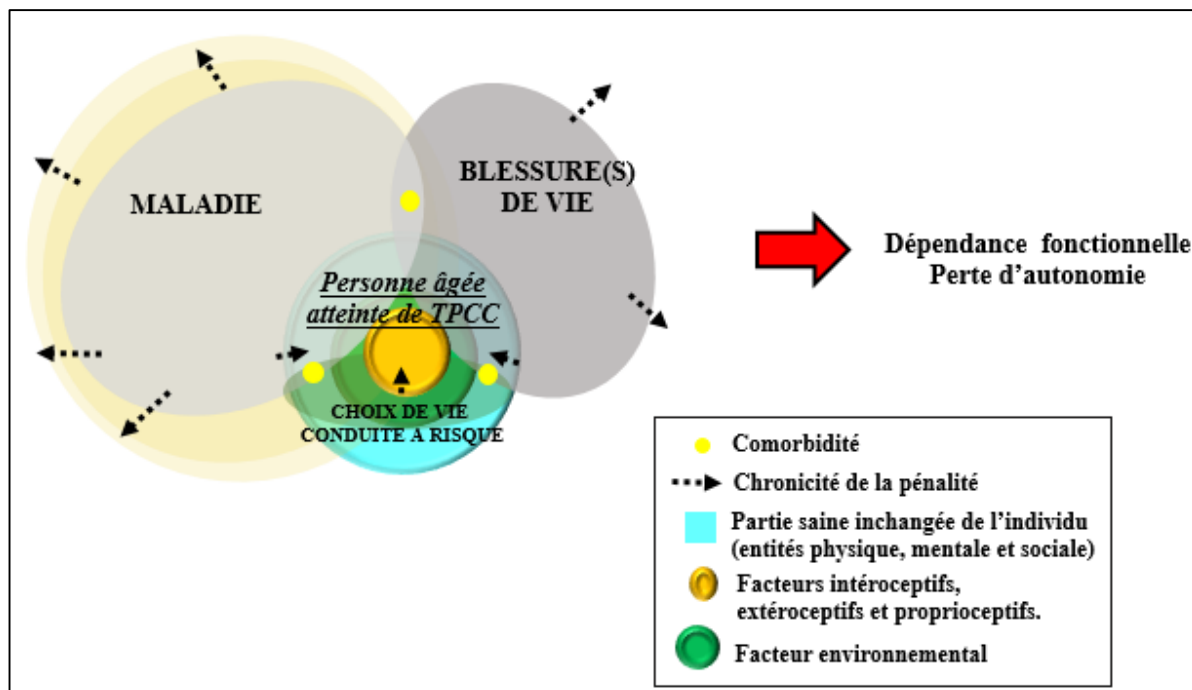


Tableau 4 : Une répartition des souffrances mentales, sociales et physiques des TPCC.

SOUFFRANCES MENTALES	SOUFFRANCES MENTALES
<i>Altération des fonctions cognitives</i>	<i>Altération des fonctions psycho-affectives</i>
TROUBLES MNESIQUES / Amnésie Plaintes subjectives et troubles avérés par l'entourage notamment. -Troubles de la mémoire à court terme : difficultés d'apprentissage d'informations nouvelles, de consolidation, de stockage définitif. -La mémoire à long terme est moins affectée: rappel d'évènements anciens (mémoire épisodique), connaissances culturelles (mémoire sémantique), et gestes répétés (mémoire procédurale). --Oublis fréquents des noms propres de proches, ne plus savoir où sont rangés des objets courants, se perdre lors de trajets familiers, abandonner les activités préférées, oublis d'évènements importants récents.	COMPORTEMENTS MOTEURS ABERRANTS : -Mouvements répétitifs simples (taper, claquer des doigts, frotter, gratter...). -Comportements complexes compulsifs ou ritualisés (comptage, lavage, vérification...). -activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié (déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.). AGITATION/AGRESSIVITE: -Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié. -Cris
TROUBLE DE L'ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE Déficit perceptivo-spatial	APATHIE* -Perte précoce d'introspection. -Détachement émotionnel -Perte d'empathie Réponse diminuée aux besoins et sentiments d'autrui

TROUBLES DU LANGAGE -Troubles du discours (non fluent, agrammatisme, paraphrasies phonémiques, manque du mot, idiosyncrasie). -Jargonaphasie/-Aspontanéité et économie de la parole/-Précipitation dans le discours/bégalement ou apraxie de la parole. -discours stéréotypé/écholalie/persévérations/mutisme. -perte du sens des mots (en dénomination et en compréhension). -dyslexie / dysgraphie de surface.	EPISODES CONFUSIONNELS IDEES DELIRANTES -Perception ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol-préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie. HALLUCINATIONS visuelles et auditives -Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir. -Cris
TROUBLES GNOSIQUES /Agnosie* -Troubles de la reconnaissance	ANXIETE -Cris
TROUBLES DES ACTIVITES PERCEPTIVO-MOTRICES /Apraxie* -Perturbation de l'organisation de la structure corporelle/dans une situation appropriée incapacité à effectuer des gestes.	TROUBLES DE L'HUMEUR -Labilité de l'humeur et de l'affect, de l'euphorie à la tristesse. -Syndrome dépressif pouvant aboutir à un désordre alimentaire.
TROUBLES DES FONCTIONS EXECUTIVES -Attention, difficulté attentionnelle/-distractibilité et manque de persévérance/raisonnement/jugement -stratégie/programmation/calcul Mental	ABSENCE DE CONSCIENCE DE LA MALADIE- Anosognosie
SOUFFRANCES SOCIALES Altérations des fonctions sociales	SOUFFRANCES PHYSIQUES Altérations des fonctions corporelles
TROUBLES DES RELATIONS SOCIALES - Isolement physique et mental (cognitif et psycho-affectif) - Opposition : Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène (déclin de l'hygiène personnelle et vestimentaire), de participer à toute activité. - Agressivité : Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient. - Perte de sympathie : Diminution de la sociabilité, des relations interpersonnelles, froideur (détachement émotionnel, manque de contact oculaire, aspect distant).	ALTERATION DE LA STRUCTURE CORPORELLE -Dans le ressenti (réel) et le représenté (perçu) -Signes parkinsoniens : raideur extrapyramidale, ralentissement (dans le cas de la maladie à Corps de Lewy) -Syncopes -Libération des réflexes archaïques/incontinence/akinésie/rigidité/tremblements /tension artérielle basse et faible. TROUBLES DE L'EQUILIBRE ET DE LA MARCHE LIE A L'APRAXIE -Chutes
DESHINIBITION COMPORTEMENTALE - Comportement socialement inapproprié : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant, actes délictueux. Pertes de bonnes manières/actes impulsifs manquant de tact ou de discernement	INVERSION DU CYCLE NYCTHEMERAL -Perturbation du cycle veille/sommeil, confusion, agitation la nuit et somnolence la nuit. -Cycle biologique influencé par l'intensité de la lumière naturelle et la production de mélatonine pour gérer le rythme de sommeil.
<i>Recherches d'après plusieurs ouvrages</i> ⁵⁴	

⁵⁴ - CROISILE, Bernard, **Alzheimer et les maladies apparentées** : Larousse Guides santé. Paris : Larousse, 2007.

- DUJARDIN, Kathy. **Démence à corps de Lewy et démence de la maladie de Parkinson : neuropsychologie et clinique**. IN Amieva Hélène, Belliard Serge., Salmon Eric. Les démences. Paris : de boeck et solal, 2014, p131.

-. FANTINI-HAUWEL, Carole, **Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante**. Gely-Nargeot Marie-Christine., Raffart Stéphane. Paris : Dunod, 2014.

-HAS, RBP : **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs**, [En ligne] Saint-Denis La Plaine, 2015. Mis à jour octobre 2015. [Consulté le 17.09.2018]. Disponible sur le World Wide Web : www.has-sante.fr

- MOREAUD, Olivier, **Nouveaux critères de diagnostic des dégénérescences lobaires frontotemporales**. IN Amieva Hélène., Belliard Serge, Salmon Eric. Les démences. Paris : de boeck et solal, 2014, p89.

ANNEXE 4: LES RELATIONS ET INTERACTIONS AVEC AUTRUI.

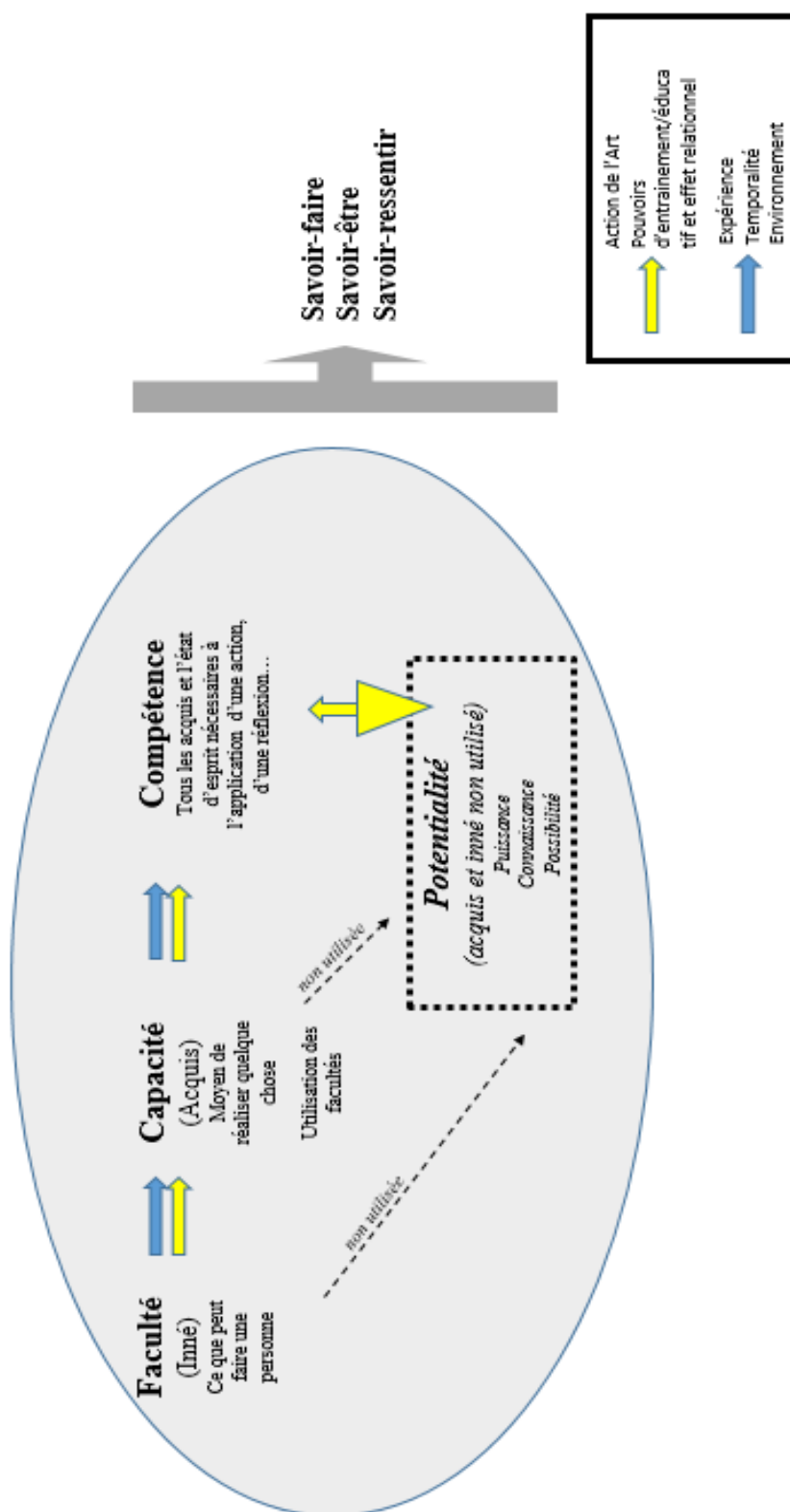
Tableau 5 : Un extrait du Chapitre 7: Relations et interactions avec autrui du CIF 2001⁵⁵

Interactions de base avec autrui : avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances : Chaleur et respect / Gratitude / Tolérance / Critique / Conventions sociales / Contact physique Autres
Interactions complexes avec autrui : entretenir et maîtriser les relations avec autrui selon les circonstances et dans le respect des convenances, comme maîtriser ses émotions et ses pulsions, maîtriser son agressivité verbale et physique, agir de manière indépendante dans les relations sociales, et agir selon les règles et conventions sociales : Nouer des relations / Mettre fin à des relations / Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui / Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales / Préserver l'espace social. Autres
Relations particulières avec autrui
Relations avec des étrangers : engager des contacts temporaires et des liaisons avec des personnes que l'on ne connaît pas dans un but bien précis. Relations formelles : créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel. Relations avec des personnes ayant autorité / Relations avec des subordonnés / Relation avec ses pairs. Autres
Relations sociales informelles : engager des relations avec des personnes ayant les mêmes affinités ou la même profession : Relations informelles avec des amis / Relations informelles avec des voisins / Relations informelles avec des connaissances / Relations informelles avec des co-résidents / Relations informelles avec ses pairs. Autres
Relations familiales : instaurer et entretenir des relations familiales, avec les membres de la famille nucléaire, de la famille élargie, de la famille d'accueil ou d'adoption et la belle-famille, des relations plus distantes avec les cousins ou les tuteurs : Relations parents-enfants / Relations enfants-parents / Relations entre frère et sœurs / Relations avec la famille élargie Autres
Relations intimes : créer et entretenir des relations étroites ou tendres avec d'autres personnes : Relations amoureuses / Relations maritales / Relations sexuelles Autres

⁵⁵ CIF Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001. Disponible du le World Wide Web : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1

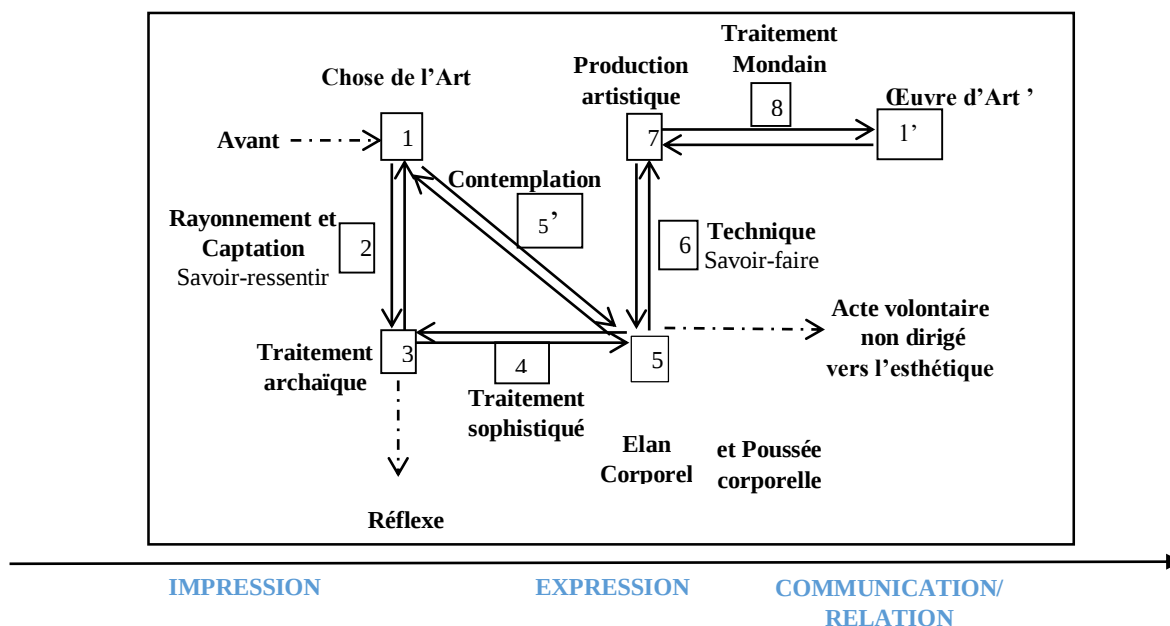
ANNEXE 5 : IMPACT DE L'ART SUR LA PARTIE SAINE DES ENTITES DE L'ETRE HUMAIN.

Illustration 2 : Une réflexion sur un schéma de l'impact de l'Art sur la partie saine de l'être humain.



ANNEXE 6 : L'OPERATION ARTISTIQUE

Illustration 3 : Le schéma de l'opération artistique⁵⁶



Avant : Peut s'identifier à l'expérience de vie (anamnèse et histoire familiale), les acquis culturels, sociaux, éducatifs des personnes.

1 : Chose de l'Art/Accident spatio-temporel : domaine du rayonnement esthétique des choses dont certaines disposent d'une qualité esthétique plus prononcée que d'autres. La chose de l'Art déclenche le mécanisme d'impression.

2 : Rayonnement et Captation : la chose de l'Art rayonne et peut être captée sensoriellement.

3 : Traitement archaïque de l'information : la captation sensorielle de la chose de l'Art gratifie les sens, l'émotion apparaît de cette sensation de plaisir ou de déplaisir. C'est une phase de traitement sensoriel, neurophysiologique où le traitement archaïque de l'information s'effectue.

Si une mise en danger corporelle ou psychologique est ressentie, l'individu sort de l'opération artistique par une phase **Réflexe**.

4 : Traitement sophistiqué de l'information : organisation de l'activité mentale pour rechercher le maintien de la gratification sensorielle agréable ressentie en phase 3. C'est le passage de l'émotion à la sensation, où se structurent l'intellectuel, la motricité, la mémoire, l'intelligence, pour permettre l'émergence d'une intention artistique..

5 : L'élan corporel : énergie mentale, envie et motivation à rentrer dans l'action de faire ou de contempler.

5 : Poussée corporelle : énergie de la mise en mouvement des segments corporels. C'est la continuité de l'intention.

5' : Contemplation : action contemplative. Manifestation intériorisée qui nécessite une implication motrice non relative à l'ampleur des mouvements.

Acte volontaire non orienté vers l'esthétique : sortie volontaire de l'activité artistique. Action non artistique.

6 : Technique : savoir-faire technique. La motricité est engagée, le geste régulé par l'intention.

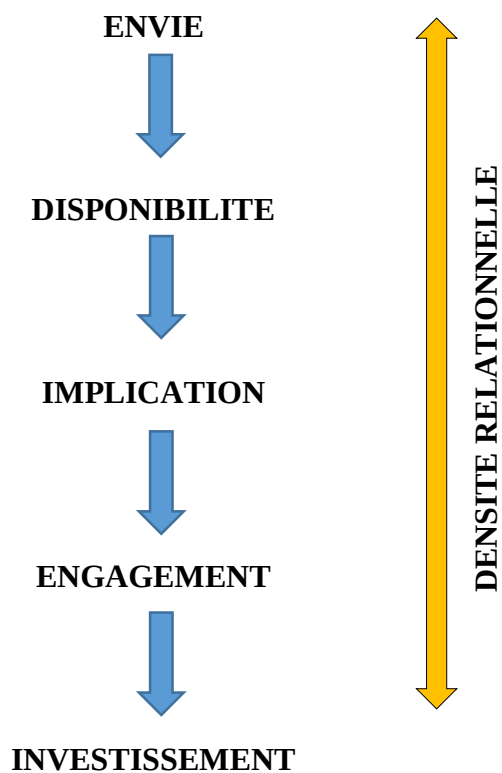
7 : Production : production artistique. Pour les Arts diachroniques, la production est dissociée de la personne, pour les Arts synchronique la production est indissociable de la personne. L'individu fait partie de l'œuvre.

8 : Traitement mondain : détachement de l'activité artistique et du lien intime qui relie l'artiste à son œuvre nouvellement produite. Rencontre avec le public, l'œuvre est exposée au regard de l'autre. Phase de communication et de relation sociale.

1' : Œuvre d'Art : La production ayant eu l'action du traitement mondain, devient une nouvelle œuvre d'Art qui rayonne à son tour et peut être une nouvelle chose de l'Art.

⁵⁶ FORESTIER Richard, *Le métier d'art-thérapeute*. Clamecy : Editions Favre SA, 2014, p68. Et enseignement de l'AFRATAPEM.

Illustration 4 : Modèle de la dynamique relationnelle selon Fabrice Chardon.



⁵⁷ CHARDON, F., Conclusion et perspectives. IN Art-thérapie, Pratiques cliniques évaluations et recherches. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2018.

ANNEXE 8 : LA FICHE D'OUVERTURE.

Tableau 7 : Un modèle de fiche d'ouverture art-thérapeutique.

FICHE D'OUVERTURE DE :

Date de naissance:	
Lieu de suivi:	Ehpad chambre
Institutionnalisé(e) depuis :	
Soignant Référent de l'EHPAD: Médecin Généraliste :	
Personne référente/de confiance dans son entourage :	
Objectifs du PAP du patient:	
Indication pour la prise en charge art-thérapeutique :	
A noter :	

Facultés	Description
Sensorielles	-+ Vision, Audition et toucher, Odorat
Motrices	Gaucher ou droitier / Motricité fine / Motricité globale / Praxie ; Dépendance / Déplacement / Trouble de l'équilibre et de la marche;
Indépendance fonctionnelle	Habillage / Hygiène/ S'alimenter :
Cognitives	<u>Langage:</u> <u>Compréhension :</u> <u>Mémoire et Gnosie (reconnaisances):</u> <u>Faculté de projection :</u> <u>Attention et concentration:</u> <u>jugement:</u> <u>Planification et Organisation:</u> <u>Orientation dans l'espace et le temps :</u> <u>Adaptation à la nouveauté, curiosité:</u> <u>Imagination:</u> <u>Motivation-Volonté :</u> <u>Prise d'initiatives:</u> <u>Autonomie (capacité de choix):</u> <u>Faculté d'abstraction:</u> <u>Raisonnement,</u>
Psycho-affectives	<u>-Comportement moteur aberrant :</u> <u>=Episodes confusionnels: délires oniriques ?</u> <u>Apathie :</u> <u>Ressenti/représentation des émotions :</u> <u>Syndrome dépressif:</u> <u>Vie affective:</u> <u>Estime de soi : (Affirmation de soi, amour de soi ?, confiance en soi) ?:</u> <u>Emotions : Expression des émotions</u> <u>Labilité de l'humeur :</u>

— Sites d'action

+ Cibles thérapeutiques

Capacités	
Expression	<u>Expression verbale:</u> <u>Expression corporelle:</u>
Communication	<u>Communication verbale:</u> <u>Communication non verbale:</u>
Relationnelle	<u>Relation avec les autres résidents :</u> <u>Relations avec les professionnels:</u> <u>A l'extérieur de l'institution:</u> <u>-Dynamique relationnelle :</u> envie – disponibilité relationnelle – implication relationnelle – engagement relationnel – investissement relationnel.
Bilan social	
Activités -loisirs	
Goûts	

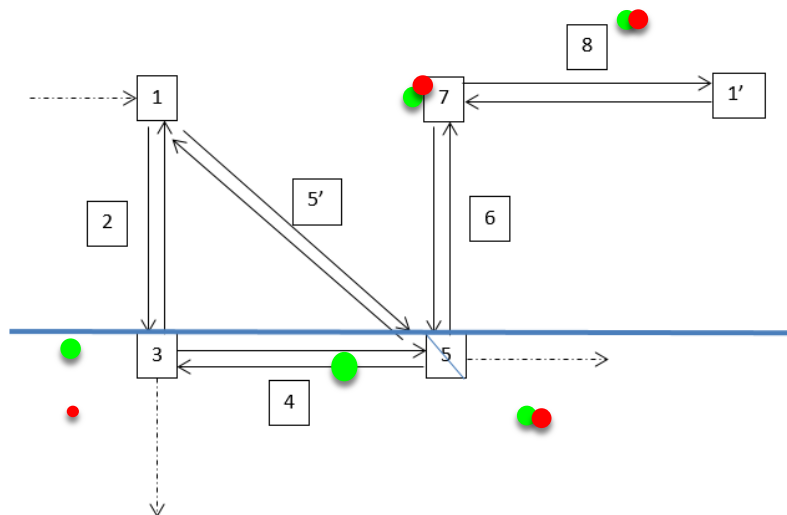
<u>Esthétique</u>	
<i>Capacités esthétiques</i>	
<i>Intention Esthétique</i>	

Intention sanitaire ?	
------------------------------	--

<i>Eléments d'anamnèse</i>	<u>ANAMNESE FAMILIALE:</u> <u>ANAMNESE MEDICALE :</u>	
<u>Capacités préservées (saines)</u> Cibles ● <i>thérapeutiques</i>	<u>Au niveau physique :</u> <u>Au niveau mental/cognitif :</u> <u>Au niveau mental/psycho-affectif :</u> <u>Au niveau social :</u>	<i>Source (s) et visible (v) sur l'Opération Artistique :</i>
<u>Mécanismes défaillants</u> <i>Sites d'action</i> ●	<u>Au niveau physique :</u> <u>Au niveau mental/cognitif :</u> <u>Au niveau mental/psycho-affectif :</u> <u>Au niveau social :</u>	

Cibles thérapeutiques et Sites d'action au regard de l'opération artistique :

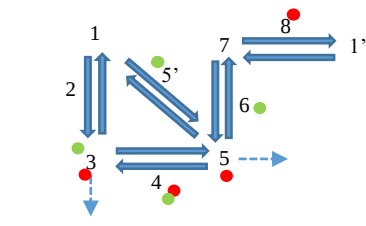
(Exemple)



PENALITE/SOUFFRANCES :
STRATEGIE THERAPEUTIQUE :
Objectif Général Objectifs Intermédiaires Boucles de renforcement
DOMINANTE :

ANNEXE 9: LE PROTOCOLE GENERAL EN ART-THERAPIE.

Tableau 8 : Le protocole général des sujets de l'étude.

AVANT	INDICATION	Indication institutionnelle donnée par la psychologue de l'EHPAD des cinq Rivières de Vierzon. Concerne des personnes institutionnalisées âgées de 80 à 95 ans, ayant des troubles du comportement, de la communication, de la relation et de l'expression.	
	ETAT DE BASE	Résidents atteints de troubles psycho-affectifs de la cognition, du comportement. Association possible de maladies chroniques, aiguës, de syndromes gériatriques, et de troubles psychiques liés à des événements antérieurs. Goûts/Anamnèse médicale et familiale/autres informations extraites des séances d'ouverture	
	PENALITES ET SOUFFRANCES	Pénalités : Maladie dégénératives et physiologiques /Blessure de vie/ Choix de vie aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle : Handicap Souffrances : Cf annexe 3.	
STRATEGIE ART-THERAPEUTIQUE	CIBLES THERAPEUTIQUES (CT) et SITES D'ACTION (SA) AU REGARD DE L'OA	 ● CT/Mécanismes généralement sains : 2-3 Ressenti corporel, sensorialité 4 Capacités mnésiques mémoires sémantique et épisodique 5' Contemplation 6 Savoir-faire 8 Capacités relationnelles hors verbales et non verbales ● SA/Mécanismes généralement atteints : 3-4 Anxiété, dépression 4 Atteinte cognitive et mnésique sévère de la mémoire à court terme, et mémoire procédurale, perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle. 5 Perte de poussée corporelle et d'élan corporel 8 Isolement social, troubles de la relation, incapacités verbales	
	OBJECTIFS GENERAUX (OG*)	En fonction de chaque prise en charge, de l'indication thérapeutique, de l'état de base, de l'intention sanitaire. Dans l'étude, objectifs en lien avec troubles du comportement, et de la relation	
PRISE EN SOIN	OBJECTIFS (OI*) INTERMEDIAIRES	Sous objectifs « étapes » pour répondre à l'objectif général, grâce à des boucles de renforcement au regard de l'OA.	
	BOUCLES DE RENFORCEMENT (BR*)	OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle (contemplation) pour affirmer ses goûts BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action pour dévoiler le style BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité pour se sentir considéré BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour permettre un engagement et un investissement relationnels. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
	FAISCEAUX D'ITEMS	Items : Observations liées à chaque OI, en fonction de l'état de base du patient. Faisceaux d'items : Pendant la séance/impression-intention/ action-production/dynamique relationnelle	
	DOMINANTES Et techniques associées	Déterminées en fonction des goûts des patients, de son état de base et de son indication thérapeutique.	
	MOYENS	Séances individuelles hebdomadaires : 30 à 45 minutes Séances collectives : 30 minutes dans certaines stratégies thérapeutiques.	
	METHODES	Séances thérapeutiques dirigées et semi-dirigées, de mises en situation de pratique ou de contemplation artistique. PAS : plan d'accompagnement de soin (dans certains suivis)	
	EVALUATION ET BILAN	A la fin de chaque séance : autoévaluation du patient + observations de l'art-thérapeute + restitution des informations aux équipes. -Echelle inventaire apathie : proposée au patient, à l'accompagnant (aide-soignant) et au soignant (art-thérapeute) en début et fin de prise en charge.	

ANNEXE 10 : LES SPECIFICITES TECHNIQUES DES DOMINANTES MUSICALE ET ART PLASTIQUES.

Tableau 9: Une comparaison de l'action de la musique et des arts plastiques ⁵⁸.

MUSIQUE Ecoute et Chant	ARTS PLASTIQUES Land art et Aquarelle
*Art diachronique : l'œuvre est indissociable de l'artiste *Nature invisible *Mimesis (copie)>Heuristique (création) (avec le public âgé atteint de TPCC) *Recherche esthétique élaborée et auditive en majeure partie. (avec le public âgé atteint de TPCC)	*Art synchronique : l'œuvre se détache de l'artiste *Laisse une trace physique et peut se transformer au séchage *Peut être éphémère (pour le land art) *Repérage spatio-temporel : travail à plat (peinture) et/ou en volume 2D ou 3D (land art). Cohérence esthétique regroupant : forme, espace, temps, couleur, matière, corps, support, et l'outil. *Heuristique>Mimesis (avec le public atteint de TPCC) *Recherche esthétique élaborée et plus visuelle, tactile, olfactive que la musique
IMPACT PHYSIQUE	
(COMMUN) - sur l'adaptation des segments corporels pour positionner le corps. -sur le tonus musculaire et l'équilibre. -sur la respiration, le rythme cardiaque, l'afflux sanguin cérébral. -sur la motricité fine et globale. -stimulation des sensations archaïques, plaisir viscéral. +Effet au niveau neurophysiologique : libération de dopamine, l'hormone du plaisir (circuits de la récompense et de la motivation) et effet antalgique.	
+Effet au niveau sensoriel : phénomène vibratoire (le son émet des vibrations) capté par les sens ouïe, toucher, vue, odorat et transmis dans tout le corps et le squelette. -sur le système cérébral augmentation du corps calleux (partie reliant les deux hémisphères du cerveau)	
IMPACT MENTAL/COGNITIF	
(COMMUN) -Implication de la mémoire procédurale, mémoire de la gestuelle et du mouvement. -Favorise les capacités de réminiscence*. -Sollicite les fonctions de l'apprentissage, par la déduction, la perception et le raisonnement. -Sollicite l'élaboration mentale, la concentration, stimule l'engagement, le style et le goût ; l'analyse, la critique, la sensibilité la curiosité et l'imagination, la culture. -Favorise l'attention, la concentration, la patience, l'émotion. -Permet la proprioception. -Stimule la modélisation par l'imitation et la reproduction. -Stimule le langage. -Adaptation du savoir-faire : fait appel aux techniques et connaissances. - Stimule l'auto-régulation ressenti (physique)-représenté (mental)	
- Adaptation du savoir-faire : dont « l'éducation de l'oreille »	- Adaptation du savoir-faire : dont « l'éducation du regard »
IMPACT SOCIAL	
(COMMUN) -Dimension interculturelle : rôle de divertissement, de rite religieux, de manifestations. -Effet de rassemblement fait partie d'une identité culturelle humaine. -Stimule les capacités sociales et favorise la communication et l'expression. -Favorise le hors verbal*, en procurant une émotion esthétique commune. -Principe de résonance : l'être humain vibre avec l'autre (adaptation, respect). -Participe à la définition et à la cohésion d'un groupe social.	
LIMITES	
-Peut entraîner une surstimulation cognitive et corporelle -Stéréotypies vocales et corporelles -Etat confusionnel -Effet de réminiscence (COMMUN également aux arts plastiques)	-Aspect, odeur, texture et toxicité de la matière -Salissante / Diversité des outils -Demande un savoir-faire (connaissances techniques, proportions, perspectives, utilisation de la lumière, harmonie de couleurs)

⁵⁸ **Recherches à partir de :** CHOUARD, Claude Henri, *L'oreille Musicienne, Les chemins de la musique de l'oreille au cerveau*. Mesnil-sur-l'Estrée :Gallimard, 2001. / DONCHE-GAY Cécile. *L'impact de l'art-thérapie sur les capacités relationnelles des personnes en situation de handicap mental en établissement et service d'aide par le travail*. Annexe 6.Grenoble. Université de Grenoble Alpes. 1 vol. 59 p. Diplôme Universitaire d'Art-thérapie : Grenoble : 2018. / FERTIER, André, *Le pouvoir des sons, Expériences et protocoles dans le quotidien pathologique*. Bayeux, 1995. / FORESTIER, Richard, *Le métier d'art-thérapeute*. Clamecy : Editions Favre SA, 2014. /FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*. L'art-thérapie à dominante musicale. Lausanne : Favre SA,2011.

ANNEXE 11 : LE CUBE HARMONIQUE.

Le cube harmonique, est une modalité évaluative des capacités autoévaluatives artistiques d'une personne, et processeur thérapeutique en art-thérapie moderne. Le Beau, le Bien et le Bon sont reliés se rapportant au plaisir sensoriel et la qualité du bien-être ressenti du patient sont mesurés⁵⁹.

Dans cette recherche, le cube harmonique est présenté aux sujets selon la même méthodologie. Chaque question (BEAU, BIEN, BON) est présentée par écrit en dessous de pictogrammes correspondants avec une codification de couleurs selon l'exemple ci-dessous. (Rouge pour le moins bon, vert pour le meilleur). Chaque question est lue à voix haute (et sans commentaire) par l'art-thérapeute pour favoriser les repères du résident.

Illustration 5 : Un exemple de pictogrammes utilisés dans l'étude pour le cube harmonique.



Tableau 10 : Le détail des questions posées pour la réalisation du cube harmonique.

	Question posée	
Ca (Cotation artistique) B1 BEAU	Comment trouvez-vous ce qui a été fait ? (plaisir esthétique/expression du goût)	1-Pas beau 2-Moyennement beau. 3-Beau 4-Très beau
Ca B1 BEAU :	Avez-vous eu du plaisir à faire ? (plaisir esthétique/expression du goût/le résident prend-il plaisir à contempler-faire ? Expression du style)	1-Aucun plaisir 2-Un peu de plaisir 3-Du plaisir 4-Beaucoup de plaisir
Ca B2 BIEN	Comment jugez-vous la qualité de ce qui a été fait ? (qualité de la réalisation technique/ expression du style)	1-Très mauvais 2-Moyen 3-Bien 4-Très bien
Ca B3- BON	Avez-vous envie de continuer ? (Cotation de l'envie de continuer/Expression de l'engagement)	1-Pas du tout 2-Un peu 3-Beaucoup 4-Très envie
Ce (Cotation existentielle) ETAT DU MOMENT :	Qualité du moment (bien-être ressenti par le résident/Saveur-intimité existentielle)	1-Désagréable 2-Peu agréable 3-Agréable 4-Très agréable

Application de l'évaluation en art-thérapie⁶⁰ : il s'agit de comparer la moyenne obtenue par la somme des cotations artistiques (Ca) (B1+B2+B3) à la cotation existentielle.

La situation est favorable lorsque les deux chiffres sont égaux ou sont à une différence de +1 ou -1.

⁵⁹ FORESTIER, Richard, Dictionnaire raisonné de l'Art en médecine. Clamecy : Favre SA, 2017, p 111.

⁶⁰ FORESTIER, Richard, Le métier d'art-thérapeute. Clamecy : Editions Favre SA, 2014, p 127.

ANNEXE 12: LES COTATIONS DES ITEMS UTILISES LORS DE L'ETUDE.

PENDANT LA SEANCE		
Expression verbale de l'état thymique et émotionnel : 1- Colère 2- Tristesse 3- Inquiétude (anxiété) 4- Joie (plaisir) 5- Bien-être Thymie observée : 1- Etat apathique 2- Triste 3- Perte de plaisir (anhédonie) 4- Normale (euthymie) 5- Enthousiaste (joie)	Expression d'un sentiment de valorisation : 1-Aucune 2-1 à 2 fois 3-3 à 4 fois 4-Souvent 5-En continuité	Digressions verbales: 1- Aucune 2- 1 à 3 fois 3- A plusieurs reprises 4- Souvent 5- En continuité
Comportement cohérent et adapté : 1-Jamais 2-Parfois 3-A plusieurs reprises 4-La plupart du temps 5-En permanence	Qualité de l'expression verbale : 1- Morcelée et incompréhensible 2- Morcelée en dehors du contexte 3- Fluide en dehors du contexte 4- Phrases courtes cohérentes 5-Fluide cohérente	Capacité d'expression verbale : Quantité de l'expression verbale : 1- Ne s'exprime pas 2- S'exprime très peu 3- S'exprime peu sur sollicitation 4- S'exprime avec sollicitation 5- S'exprime spontanément

IMPRESSION/INTENTION		
Respect des consignes : compréhension des consignes dans l'action : 1- Ne paraît pas comprendre les consignes, ne fait pas 2-Fait, mais ne paraît pas comprendre les consignes 3- Fait, mais paraît comprendre modérément les consignes 4- Respecte les consignes 5- Respecte les consignes et ajoute des éléments	Poussée corporelle (volonté) positionnement de la structure corporelle: 1-Absence de réaction 2-Stérotypes corporelles 3-Se repositionne sans intention artistique 4-Adapte modérément sa posture corporelle pour l'activité 5-Adapte totalement sa posture corporelle pour l'activité	Qualité de l'action : 1- Ne fait pas 2- Agit par automatisme 3- Fait pour répondre aux sollicitations de l'AT 4- Fait volontiers 5- Fait et s'adapte pour atteindre un résultat satisfaisant
	Entrée dans l'action : 1-Pas de réaction 2-Rentre un peu dans l'action sur sollicitation de l'AT 3- Rentre dans l'action sur sollicitation de l'AT 4- Rentre spontanément dans l'action après un temps d'observation 5- Rentre spontanément dans l'action de suite	

ACTION/PRODUCTION		
Qualité de la production, nature de la production heuristique/mimesis: 1-Mimesis (reproduction) 2-Mimesis avec ajouts sollicités par l'AT 3-Mimesis avec ajouts personnels 4- Heuristique sur sollicitation de l'AT 5- Heuristique totale (création)	Capacité esthétique, expression du goût : 1- Ne sait pas dire ce qu'il aime 2- Sait ce qu'il aime mais ne l'exprime pas 3- Exprime ses goûts sur sollicitation 4- Exprime spontanément ses goûts 5- Oriente sa production en fonction de ses goûts	Occupation de l'espace de la production (arts plastiques) : 1-Occupe moins d'un quart de la production 2-Occupe un quart de la production 3- Occupe la moitié de l'espace 4-Occupe l'espace global 5-Occupe tout l'espace de façon structurée.
Emotion esthétique commune ou individuelle (sourire, expression émue, applaudissements) 1- Jamais 2- Parfois 3- A plusieurs reprises 4- La plupart du temps 5- Régulièrement	Action de réminiscence de la production : expression des souvenirs liés à la production 1- Jamais 2- Rarement avec digressions 3- Rarement 1-2 fois 4- Souvent 5- Régulièrement	Recherche esthétique dans la production : Capacité à faire des choix 1-Ne fait pas de choix 2-Suit la proposition de l'AT 3-Choisit sur de nombreuses sollicitations de l'AT 4-Choisit sur sollicitation de l'AT 5-Choisit seul

Interaction avec l'AT*/ Interaction avec d'autres résidents pendant la séance : 1- N'interagit pas avec personne 2- Interagit avec l'AT une fois 3- Interagit avec l'AT plusieurs fois 4- Interagit avec les autres résidents et l'AT 1-3 fois 5- Interagit régulièrement avec son environnement	Expression verbale de la saveur (ressentis) dans l'activité artistique : 1- Aucune expression 2- Expression rare 3- Expression 1-3 fois 4- Expression 3-6 fois 5- Expression régulière	Attention détournée dans l'activité : 1- Perte de l'instant présent/différence de réalité 2- Souvent +4 fois 3- Parfois 3 fois 4- Rarement 1-2 fois 5- Jamais
--	--	---

DYNAMIQUE RELATIONNELLE		
Disponibilité relationnelle : 1- Non disponible 2- Entre difficilement en relation et de façon inadaptée 3- Entre en relation sur sollicitation 4- Entre un peu en relation 5- Entre facilement en relation et de façon adaptée<	Implication relationnelle (élan corporel en direction de l'autre) 1- Isolé, pas de relations 2- Etablit des relations mais de façon inadaptée, va vers l'autre. 3- Etablit des relations mais sur sollicitations 4- Etablit des relations avec certaines personnes 5- Etablit spontanément des relations avec son entourage	
Engagement relationnel (qualité de l'implication relationnelle, effet de durée) : 1- Ne s'engage pas relationnellement, renfermé 2- Sur la retenue 3- Respectueux 4- S'implique relationnellement, ouvert 5- S'implique relationnellement dans le temps et l'espace avec enthousiasme	Investissement relationnel : Qualité des regards-sourires /Qualité: 1-Regarde ailleurs 2-Evite le regard de l'AT 3- Regard dirigé quelques secondes 4- Regard dirigé la plupart du temps 5- Position d'ouverture et fluidité du regard	
.	Expression non verbale de l'investissement relationnel (sourires et regards directs) /Quantité: 1- Aucune expression 2- Expression rare 1 fois 3- Expression 1-3 fois 4- Expression 4-6 fois 5- Expression régulière	

ANNEXE 13 : L'ECHELLE INVENTAIRE APATHIE⁶¹.

L'Inventaire Apathie est un outil spécifique proposé par le Centre Mémoire de Ressources et de Recherches – C.H.U. de Nice. Il permet d'évaluer le syndrome d'apathie quantitativement et qualitativement. Elle évalue **l'émoussement affectif** qui fait référence à la perte de réponse émotionnelle ; **la perte d'initiative** qui fait référence à la diminution des comportements dirigés vers un but. Enfin, elle mesure **la perte d'intérêt** qui fait référence à la diminution des cognitions dirigées vers un but.

IA PATIENT (Le résident)	
Permet d'obtenir l'avis du sujet sur les mêmes domaines. Echelle d'évaluation analogique ou cotation numérique	
1-Émoussement affectif : Avez-vous l'impression d'être aussi affectueux que d'habitude ? Est-ce que vous exprimez vos sentiments ?	
2-Perte d'initiative : Engagez-vous une conversation de manières spontanée ? Prenez-vous des décisions, des initiatives ?	
3-Perte d'intérêt Avez-vous des centres d'intérêt : -Vous intéressez-vous toujours aux activités, aux projets des autres ? -Avez-vous de l'intérêt pour vos amis et les membres de votre famille ? -Etes-vous enthousiaste de cet intérêt ?	
Si la réponse à 1- 2- 3- est OUI → score =0	
Si la réponse est NON à l'une de ces propositions (1-2- 3-) : Pouvez-vous évaluer l'importance de cet émoussement affectif « léger » à l'extrême gauche (ou score 1) à « sévère » à l'extrême droite (ou score 12) Léger _____ Sévère Score patient/Score accompagnant permet de mettre en évidence une possible anosognosie.	

IA ACCOMPAGNANT (Le référent de l'EHPAD)	
Les questions sont posées pour déterminer si le changement de comportement est présent. Si la réponse est négative, une évaluation quantitative est possible.	
1-Émoussement affectif : Le (la) résidente se montre-t-il (elle) affectueux(se) ? Manifeste-t-il (elle) des émotions ?	
2-Perte d'initiative : Le (la) résident(e) engage-t-il (elle) une conversation de manière spontanée ? Prend-il (elle) des décisions ?	
3-Perte d'intérêt : Le (la) résident(e) a-t-il (elle) des intérêts ? S'intéresse-t-il (elle) aux activités et aux projets des autres ? Manifeste-t-il (elle) de l'intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	
Si la réponse à 1- 2- 3- est OUI → score =0	
Si la réponse est NON à l'une de ces propositions (1-2- 3-) : Avec quelle fréquence ce ou ces problèmes se produisent ? 1(léger) à 4 (sévère) Quelle est la gravité de ces problèmes ? 1(léger) à 3 (sévère) Score : /12 (Fréquence x Gravité) Pathologique si >à 2	

IA SOIGNANT (L'art-thérapeute) donne un comparatif des évaluations	
Emoussement affectif : Le (la) patient(e) se montre-t-il (elle) affectueux(se) ? manifeste-t-il (elle) des émotions ?	
Perte d'initiative : Le (la) patient(e) engage-t-il (elle) une conversation de manières spontanée ? Prend-il (elle) des décisions ?	
Perte d'intérêt : Le (la) patient (e) a-t-il(-elle) des intérêts ? S'intéresse-t-il(elle) aux activités et aux projets des autres ? Manifeste-t-il (elle) de l'intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	
0-Absence 1 2-Trouble modéré 3 4-Trouble majeur Score total sur 12 Pathologique si = ou >= à 2	

⁶¹ HUGONOT-DIENER, Laurence, Grémoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés : collection GRECO. 2^e édition. Paris : de boek et solal, 2013, p 278-282.

ANNEXE 14 : LES PROTOCOLES DE SOIN DES SEPT SUJETS.

Tableau 11: Une synthèse des stratégies art-thérapeutiques de l'étude.

Sujets	Cibles thérapeutiques au regard de l'OA	Sites d'action au regard de l'OA	Objectifs Généraux (OG)	Objectifs intermédiaires (OI)
Mme L. 95 ans 5 séances Chant/écoute MMSE 5/30 OG Atteint	Indication : Communication avec les soignants, les résidents, la famille (apathie, si non stimulation)			
	2	4	Susciter l'instant présent pour limiter ses projections dans le passé et favoriser sa qualité relationnelle auprès de son entourage (famille, résidents, soignants).	OI1 : ressenti corporel OI2 : structure corporelle OI3 : engagement dans l'activité OI4 : engagement investissement relationnel
	3-4	5		
	6	8		
	7			
8				
Mme W. 95 ans 8 séances Chant/Ecoute MMSE 3/30 OG Atteint	Indication : Favoriser son expression pour lui permettre d'être plus en relation avec son entourage			
	2	4	Favoriser une saveur positive pour permettre à mme W, d'être plus disponible pour entrer en relation avec son entourage.	OI1 : ressenti corporel OI2 : structure corporelle OI3 : engagement dans l'activité OI4 : engagement investissement relationnel
	3	3-4-5		
	4	8		
	6			
7				
Mr M. 92 ans 9 séances Chant/Ecoute MMSE 10/30 OG Atteint	Indication : Permettre de rompre son isolement physique et psychique			
	2		Permettre de diminuer son apathie par l'action et la relation.	OI1 : ressenti corporel OI2 : structure corporelle OI3 : engagement dans l'activité/motivation-volonté OI4 : engagement investissement relationnel
	3	3-4-5		
	4	4		
	6	5		
7	8			
6-7-8				
Mme Pe. 80 ans 7 séances Chant/Ecoute MMS 6/30 OG Atteint partiellement	Indication : Favoriser son expression verbale			
	2	4	Lui permettre d'être en relation pour stimuler son expression verbale.	OI1-gratifications sensorielles OI2-structure corporelle OI3-engagement dans l'action OI4-engagement relationnel/implication/considération (atteint partiellement)
	3	5		
	4	8		
	6			
Mme Pi. 89 ans 6 séances Peinture MMSE 8/30 OG Atteint	Indication : Etre moins agressive avec les soignants et lui permettre d'accepter les soins prodigués			
	2	3-4	Favoriser une saveur existentielle positive par le plaisir esthétique et l'engagement dans l'action suscités par la peinture, pour stimuler son investissement relationnel (notamment auprès de l'entourage soignant).	OI1-gratifications sensorielles OI2-structure corporelle OI3-engagement dans l'action OI4-engagement relationnel/implication
	3	4		
	4	5		
		7-8		
	8			
Mme Tu. 90 ans 4 séances Peinture/1Land art MMSE 6/30 OG partielle-ment atteint	Indication : L'aider à structurer son discours			
	2	3-4	Favoriser une saveur existentielle positive et l'instant présent pour amener un moment privilégié avec l'autre.	OI1 : ressenti corporel OI2 : structure corporelle OI3 : engagement dans l'activité/motivation-volonté OI4 : engagement investissement relationnel(atteint partiellement)
	3	4-		
	4	5-		
	8	7-8		
	8			
Mme L.L. 90 ans 9 séances MMSE 3/30 OG partielle-ment atteint	Indication : Favoriser son expression verbale et corporelle			
	2-3	4	Favoriser l'expression verbale et corporelle de Mme L-L en stimulant son engagement dans l'action et la relation et lui donner envie d'être disponible relationnellement.	OI1-gratifications sensorielles OI2-structure corporelle OI3-engagement dans l'action OI4-engagement relationnel/implication/considération (atteint partiellement)
	3-	5		
	4	8		

Tableau 12 : Le détail des stratégies

MME L., 95 ans.	
INDICATION	
<i>Aider/contribuer à l'amélioration de la communication avec les autres (personnel et résidents), lié à un repli sur soi/apathie si non stimulation.</i>	
ETAT DE BASE	
-Troubles chroniques du comportement, syndrome démentiel ; diagnostiquée atteinte de la maladie d'Alzheimer en 2014. MMSE : 5/30 -Atteinte d'ostéoporose, d'arthrose, d'insuffisance cardiaque, troubles rénaux. -Ordonnance de 9 médicaments dont : vasodilatateur, bêtabloquant, anticholinergique, anxiolytique, hypolipémiant et diurétique. -Institutionnalisée le 10.01.13. Veuve. Pas d'enfant et peu de famille. Elle reçoit des visites seulement de sa nièce (sa curatrice). -Dépendante fonctionnellement (en fauteuil), psychologiquement (troubles mnésiques importants) et socialement (apathie). Goûts : aime les voyages/aime beaucoup la musique et le chant et connaît parfaitement les chansons d'antan. -Relationnel restreint: apathique. Ne s'exprime et ne communique pas si non stimulée.	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation/ pas d'enfant/veuve)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/perde de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental de la patiente, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
●Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2- Captation sensorielle ✓ 3-4- Ressenti corporel et émotionnel ✓ 4- Mémoires sémantique et épisodique. ✓ 6-savoir-faire (chant) ✓ 7- Chante facilement ✓ 8-Capacités d'expression verbale	●Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : ▪ 4- Mémoire à court terme et mémoire procédurale. Discours incohérent/ télescopage d'événements anciens avec le présent ▪ 5-Elan et poussée corporelle et relationnelle ▪ 8-Peu ou pas de relationnel si pas stimulée
OBJECTIFS	
OG : Susciter l'instant présent pour limiter ses projections dans le passé et favoriser sa communication avec son entourage. (famille, autres résidents, et soignants). OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle (contemplation) pour affirmer ses goûts BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action pour dévoiler son style BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour permettre un engagement et un investissement relationnels. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
FAISCEAUX D'ITEMS	
Pendant la séance : Expression verbale de l'état thymique et émotionnel / Expression d'un sentiment de dévalorisation /Digressions verbales Impression/Intention : Poussée corporelle / Qualité de l'action Action/Production : Emotion esthétique / Capacité esthétique / Action de réminiscence / Attention non détournée dans l'activité Dynamique Relationnelle : Disponibilité relationnelle / Implication relationnelle / Engagement relationnel / Investissement relationnel	
DOMINANTES ET Techniques associées	
Musicale : chant et écoute	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine dans la chambre de la résidente / dans le petit salon / en salle de musicothérapie dont 3 Séances collectives (avec infirmière) : formation d'un chœur.	

Mme W., 95 ans.	
INDICATION	
<i>Favoriser l'expression de mme W. pour lui permettre d'être plus en relation avec son entourage.</i>	
ETAT DE BASE	
-Troubles chroniques du comportement et de la cognition, atrophie cortico-sous-corticale, syndrome anxio-dépressif épisodes confusionnels récurrents; troubles mnésiques, troubles de l'expression verbale, jargonaphasie. MMSE 3/30. -Vision altérée (diplopie perception de deux images pour une) -Chutes à répétition, vertiges, malaises, polyarthrose, fatigable, désorientation temporo-spatiale. - Hypertension artérielle, pathologie osseuse, mastectomie en 2009 -Ordonnance de 5 médicaments dont : antihypertenseur, anxiolytique tranquillisant, antiagrégant plaquettaire, vasodilatateur, antidépresseur. -Institutionnalisée le 07/01/2014. Etait professeur des écoles. Veuve, 1 fille. -Dépendante fonctionnellement (en fauteuil depuis 2016), psychologiquement (troubles mnésiques importants, agitation, agressivité, épisodes confusionnels) et socialement (tendance à l'apathie). -Goûts : aime chanter, la musique classique, jouait du piano plus jeune (et volontaire pour des activités (de moins en moins)) -Relationnel restreint: Communique et s'exprime de moins en moins. A tendance à s'isoler psychologiquement. Apathie	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation/veuve)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/perte de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
●Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2- Captation sensorielle (toucher, ouïe) ✓ 3- Ressenti corporel et émotionnel ✓ 4- Mémoires sémantique et épisodique. ✓ 6-Technique (chant) ✓ 7- Chante facilement	●Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : ▪ 4-Déficit perceptivo-spatial ▪ 3-4-5 Agitation corporelle, épisodes confusionnels, structure corporelle de moins en moins soutenue : chutes ▪ 4- jargonaphasie, stéréotypie corporelle, troubles mnésiques à court terme, difficultés attentionnelles ▪ 5-Elan et poussée corporelle et relationnelle ▪ 8-Peu ou pas de relationnel si non stimulé, troubles de l'expression isolement social
OBJECTIFS	
OG : Favoriser une saveur positive pour permettre à mme W, d'être disponible pour entrer en relation avec son entourage. OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle (contemplation de musique) BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action (chant) BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité pour se sentir considérée BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour permettre un engagement et un investissement relationnels. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
FAISCEAUX D'ITEMS	
Pendant la séance : Thymie observée/Comportement cohérent et adapté/ qualité de l'expression verbale/capacité d'expression verbale. Impression/intention : Poussée corporelle/qualité de l'action/entrée dans l'action Action/production : émotion esthétique /capacité esthétique /attention non détournée dans l'activité/interaction avec l'art-thérapeute/expression verbale de la saveur Dynamique relationnelle : disponibilité relationnelle / implication relationnelle/engagement relationnel/investissement relationnel/expression non verbale de l'investissement relationnel	
DOMINANTES ET Techniques associées	
Musicale : chant et écoute	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine dans la chambre de la résidente / dans le petit salon / en salle de musicothérapie dont 3 Séances collectives (avec infirmière) : formation d'un chœur.	

M. M., 92 ans.	
INDICATION	
Permettre de rompre son isolement physique et psychique.	
ETAT DE BASE	
-Troubles chroniques du comportement, syndrome démentiel ; diagnostiquée atteint de la maladie à corps de Lewy (avec syndrome parkinsonien/syndrome anxio-dépressif). MMSE 10/30. -Chutes à répétition -Cancer de la prostate/escarres et autres plaies/ pathologie vertébro-discale/rétention urinaire/cardiopathie ischémique stentée /hypertension artérielle -Ordonnance de 12 médicaments dont : bêtabloquants, antidépresseur, anticholinergique, benzodiazépine anxiolitique, antiparkinsonien, antiallergique, hypnotique, antisécrétoire gastrique -Institutionnalisé avec son épouse le 01/09/2016. Veuf depuis octobre 2016. Reçoit des visites de sa fille. -Dépendant fonctionnellement (en fauteuil), psychologiquement (troubles mnésiques importants, agitation, agressivité, épisodes confusionnels) et socialement (tendance à l'apathie). -Goûts : aime chanter faisait partie d'une chorale -Relationnel restreint: apathique. Ne s'exprime et ne communique pas si non stimulé. A tendance à s'isoler psychologiquement	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation et souvenirs de guerre+ veuf)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/perte de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2- Captation sensorielle ✓ 3- Ressenti corporel et émotionnel ✓ 4- Mémoires sémantique et épisodique. ✓ 6-Technique (chant) ✓ 7- Chante facilement ✓ 6-7-8 Capacités d'expression verbale	Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : ▪ 3-4-5 Agitation corporelle, agressivité, épisodes confusionnels ▪ 4- Mémoire à court terme et mémoire procédurale. Discours incohérent/ télescopage d'événements anciens avec le présent ▪ 5-Elan et poussée corporelle et relationnelle ▪ 8-Peu ou pas de relationnel si non stimulé
OBJECTIFS	
OG : Permettre de diminuer l'apathie de Mr M. par l'action et la relation OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle (contemplation de musique) pour affirmer ses goûts BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action (chant) pour dévoiler son style BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité pour favoriser sa motivation et sa volonté BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour permettre un engagement et un investissement relationnels. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
FAISCEAUX D'ITEMS	
Pendant la séance : thymie observée / Comportement cohérent et adapté / expression d'un sentiment de dévalorisation / qualité de l'expression verbale / digressions verbales Impression/expression : respect des consignes, compréhension dans l'action/ poussée corporelle/ qualité de l'action/ entrée dans l'action Action/production : émotion esthétique/ capacité esthétique/ attention détournée pendant l'activité / interaction avec autrui Dynamique relationnelle : disponibilité relationnelle / implication relationnelle / expression non verbale de l'implication relationnelle / engagement relationnel / investissement relationnel.	
DOMINANTES ET Techniques associées	
Musicale : chant et écoute	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine dans la chambre du résident / dans le petit salon / en salle de musicothérapie dont 3 Séances collectives (avec infirmière) : formation d'un chœur.	

M. Pe, 80 ans.	
INDICATION	
<i>Favoriser son expression verbale.</i>	
ETAT DE BASE	
- troubles mnésiques, troubles de l'expression verbale, troubles langagiers (aspontanéité et économie de la parole) et beaucoup d'apathie. MMSE 6/30. Troubles du comportement, et cognitifs. Maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2010. -Arthrose, hypercholestérolémie, maladie alcoolique ancienne, diabète. -Désorientation temporo-spatiale : besoin d'être rassurée sur le fait qu'il y ait quelqu'un à son réveil. Anxiété -Inversion du cycle nyctéméral --- fatiguée la journée -Mariée : son mari vit à son domicile, 4 enfants, 11 petits enfants. Sa famille est présente pour elle. -Ordonnance de 10 médicaments dont : Anticholinestérasique/IACE : Alzheimer, NMDA modulateur du récepteur au glutamate mémantine : Alzheimer, antidiabétique, antidépresseur, benzodiazépine, hypolipémiant, psychotrope, anxiolytique, hypnotique. -Institutionnalisée le 14/11/2017. -Dépendante : se déplace lentement seule avec une canne, psychologiquement (troubles mnésiques importants, apathie) et socialement (pas d'expression, ni de communication). -Goûts : aime la musique (chanson d'antan) -Relationnel restreint: Apathie, ne communique pas, ne fait rien si elle n'est pas sollicitée	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/Pe.te de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2- Captation sensorielle ✓ 3- Ressenti corporel et émotionnel ✓ 4- Mémoires sémantique et épisodique. ✓ 6-Technique chant, lecture	Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : 4-Déficit Perceptivo-spatial, et cognitif 4- Troubles du discours (Aspontanéité et économie de la parole), troubles mnésiques à court terme, difficultés attentionnelles 5-Elan et poussée corporelle 8-Peu ou pas de relationnel si non stimulée, troubles de l'expression isolement social, apathie
OBJECTIFS	
OG : Permettre à mme Pe d'être en relation pour favoriser son expression verbale. OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle (contemplation de musique) pour affirmer ses goûts BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action (chant) pour dévoiler son style BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité pour se sentir considérée BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour Permettre un engagement et un investissement relationnels. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
FAISCEAUX D'ITEMS	
Pendant la séance : thymie observée Impression/intention : respect des consignes, compréhension dans l'action / poussée corporelle / qualité de l'action / entrée dans l'action Action-production : qualité de la production/ émotion esthétique / capacité esthétique/ interaction avec l'art-thérapeute Dynamique relationnelle : disponibilité relationnelle/implication relationnelle/engagement relationnel / investissement relationnel / expression non verbale de l'investissement relationnel	
DOMINANTES ET Techniques associées	
Musicale : chant et écoute	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine dans la chambre de la résidente / en salle de musicothérapie dont 3 Séances collectives (avec infirmière) : formation d'un chœur.	

Mme Pi., 89 ans.	
INDICATION	
<i>Etre moins agressive avec les soignants et lui permettre d'accepter les soins prodigués.</i>	
ETAT DE BASE	
-Troubles chroniques du comportement et de la cognition, troubles mnésiques ++, troubles de l'expression verbale aphasie manque du mot. (MMSE 8/30), démence de type Alzheimer, probable séquelle ischémique fronto-pariétale gauche. -porte une prothèse auditive, dysthyroïdie, hystérectomie totale en 2015, hypertension artérielle, ulcère gastrique, motricité fine correcte -Ordonnance de 5 médicaments dont : hormone thyroïdienne, anti sécrétoire gastrique, hypolipémiant, traitement hypertension, Vitamine D et antihistaminique. -Institutionnalisé le 28/07/2014. Veuve, ancienne employée SNCF, deux enfants. -Dépendante fonctionnellement (se déplace seule mais a besoin d'être guidée-désorientation temporo-spatiale), psychologiquement (troubles mnésiques importants, agitation, agressivité) et socialement (tendance à l'isolement). Goûts : aime la peinture et la musique -Relationnel perturbé: A tendance à être agressive avec l'entourage soignant, difficulté à accepter les soins intimes. A eu une relation amoureuse avec un résident décédé en juin 2018.	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/perte de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
● Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2- Captation sensorielle ✓ 3- Ressenti corporel et émotionnel ✓ 4- volonté, motivation, curiosité	● Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : ▪ 3-4-émotionnel ▪ 4-Déficit perceptivo-spatial, refus des soins, troubles mnésiques, difficultés attentionnelles, pas de prise d'initiative, pas autonome, agnosie ▪ 5-Elan et poussée corporelle et relationnelle ▪ 7-8 ne participe plus aux activités ▪ 8-Peu ou pas de relationnel si non stimulé, isolement social
OBJECTIFS	
OG : Favoriser une saveur existentielle positive par le plaisir esthétique et l'engagement dans l'action suscités par la peinture, pour stimuler son investissement relationnel (notamment auprès de l'entourage soignant). OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle pour affirmer ses goûts BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action pour dévoiler son style BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité pour stimuler la saveur BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour permettre un engagement et un investissement relationnels. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
FAISCEAUX D'ITEMS	
Pendant la séance : Thymie observée/expression d'un sentiment de dévalorisation/Capacité d'expression verbale. Impression/intention : Respect des consignes, compréhension des consignes /Poussée corporelle/Qualité de l'action Action/production : Qualité de la production/ Emotion esthétique/Capacité esthétique/ Occupation de l'espace/Recherche esthétique /Interaction avec l'art-thérapeute/Expression verbale de la saveur Dynamique relationnelle : Disponibilité relationnelle/Implication relationnelle/Engagement relationnel/Investissement relationnel/Expression non verbale de l'investissement relationnel.	
DOMINANTES ET Techniques associées	
PEINTURE aquarelle sur image en Noir et Blanc	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine dans la chambre de la résidente	

Mme Tu., 90 ans.	
INDICATION	
<i>L'aider à structurer son discours</i>	
ETAT DE BASE	
-Troubles chroniques du comportement et de la cognition, troubles mnésiques +, pathologie démentielle, état anxio-dépressif. +++ elle pense beaucoup à la mort (MMSE 6/30), -Très douloureuse au niveau des membres inférieurs et du dos. (escarres)/ hypothyroïdie/Hypertension artérielle -Expression verbale correcte, mais beaucoup d'illusions et de retours dans le passé. -veuve 6 enfants en a perdu 4 enfants (dont un fils musicien) -Fait du coloriage dans sa chambre, participe à l'atelier thérapeutique Mandala (psychologue) -A un suivi psychologique -Institutionnalisée : août 2015. -Traitement médicamenteux : inhibiteur calcique/antalgique/morphine/analgésique/antidépresseur -Dépendante fonctionnellement : en fauteuil ne se déplace pas seule. -Goûts : aime le dessin, la peinture et les oiseaux. (Eviter la musique qui lui fait penser à son fils musicien décédé) -Relationnel perturbé: Isolement social.	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation et décès de 4 enfants et de son mari)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/perte de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
● Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2- Captation sensorielle ✓ 3-4- sensation -émotion	● Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : ▪ 3-4- très douloureuse, anxiété et dépression ▪ 4- difficultés attentionnelles, pas de prise d'initiative, pas autonome, agnosie, apathie ▪ 5-Elan et poussée corporelle et relationnelle ▪ 7-8 ne participe pas aux activités si elle n'est pas sollicitée ▪ 8-Peu ou pas de relationnel si non stimulé, isolement social
OBJECTIFS	
OG : Favoriser une saveur existentielle positive et l'instant présent pour amener un moment privilégié avec l'autre. OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle pour affirmer ses goûts BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action pour capter son attention dans l'instant présent BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité pour stimuler la saveur BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Stimuler l'engagement par l'action et le traitement mondain pour permettre un engagement relationnel. BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
FAISCEAUX D'ITEMS	
Pendant la séance : Thymie observée/ expression d'un sentiment de dévalorisation/ digressions verbales/ capacité d'expression verbale Impression/intention : Respect des consignes / poussée corporelle /qualité de l'action Action/production : Qualité de la production / émotion esthétique / occupation de l'espace de production/capacité esthétique/ attention non détournée dans l'activité / interaction avec l'art-thérapeute / expression verbale de la saveur Dynamique relationnelle : Disponibilité relationnelle / implication relationnelle / engagement relationnel/investissement relationnel	
DOMINANTES ET Techniques associées	
PEINTURE aquarelle (Eviter la musique qui lui fait penser à son fils musicien décédé) / Land Art utilisation en fin de suivi	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine dans la chambre de la résidente (suivant sa disponibilité psychique et physique)	

Mme L-L., 90 ans.	
INDICATION	
<i>Favoriser son expression verbale et corporelle (lui permettre de se faire comprendre).</i>	
ETAT DE BASE	
-Maladie d'Alzheimer, syndrome démentiel, anxiété, Troubles chroniques du comportement et de la cognition (difficultés de compréhension et de coordination des mouvements/praxie), troubles de l'expression verbale, troubles du langage dont jargonaphasie. MMSE 3/30. -Douleurs physiques : polyarthrite, pathologie articulaire, hypertension artérielle, troubles digestifs -Ordonnance de 5 médicaments dont : anticholinergique (<i>stoppé le 25/07/18</i>), diurétique (<i>stoppé le 25/07/18</i>), anti sécrétoire gastrique, neuroleptique, vitamine D, +antiagrégant plaquettaire (ajouté le 25/07/18 en fin de suivi art-thérapeutique) - Veuve, 1 fils qui lui rend visite régulièrement, 1 fille. -Institutionnalisée le 05/12/14 -Dépendante fonctionnellement (en fauteuil), troubles de l'équilibre et de la marche importants. Se déplace un peu seule dans l'établissement (reste à son étage). Alimentation, habillage et toilette avec de l'aide. et socialement (tendance à l'apathie). -Goûts : les fleurs. Relationnel restreint: Apathie. S'isole relationnellement. S'impatiente face à l'incompréhension de son interlocuteur. Semble avoir besoin de considération attrape facilement. -Expression corporelle : incohérente avec ce qu'elle souhaite exprimer	
PENALITES : Maladie : TPCC + physiologique Blessure de vie (institutionnalisation)	SOUFFRANCES: angoisse de mort/diminution de la qualité de vie/perte de la capacité de projection de choix. Retentissement sur les capacités psychiques, cognitives et le fonctionnement comportemental, aboutissant à une perte d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle.Handicap
Cibles thérapeutiques (CT)/Mécanismes préservés : ✓ 2-3 -Captation sensorielle (toucher, ouïe) ✓ 3-Ressenti corporel et émotionnel ✓ 4-Compréhension de son environnement	Sites d'action (SA)/Mécanismes défaillants : ▪ 4-structure corporelle, aphasie, troubles mnésiques ▪ 5-Elan et poussée corporelle ▪ 8-Peu de relationnel, troubles de l'expression verbale importants isolement social, manque de considération
OBJECTIFS	
OG : Favoriser l'expression verbale et corporelle de mme L-L en stimulant son engagement dans l'action et la relation et lui donner envie d'être disponible relationnellement. OI1 : Stimulation du ressenti corporel gratification sensorielle (contemplation de musique et éléments de land art) pour réveiller ses sensations, affirmer ses choix BR : 1-5' → 3-4 OI2 : Stimulation de la structure corporelle par l'action (land art), et permettre une poussée et un élan corporels pour dévoiler son style BR : 6-7 → 3-4 OI3 : Favoriser l'engagement dans l'activité (plusieurs productions) pour stimuler l'expression corporelle et se sentir considérée BR : 5-6-7 → 4 OI4 : Favoriser l'engagement relationnel en lui permettant de s'impliquer et de se sentir considérée pour susciter un investissement relationnel et l'envie d'être à nouveau en relation BR : 5-6-7-8 → 4-5-6-7-8	
ITEMS	
Avant/pendant/après la séance : -Thymie observée -Qualité de l'expression verbale -Capacité d'expression verbale Action/Production : -Qualité de la production -Occupation de l'espace de la production -Recherche esthétique	Impression/intention : -Respect des consignes/ compréhension des consignes dans l'action -Poussée corporelle -Qualité de l'action -Entrée dans l'action Dynamique Relationnelle : -Disponibilité relationnelle -Engagement relationnel -Investissement relationnel qualité du regard et du sourire -Expression non verbale de l'investissement relationnel (quantité sourire/regard en direction de l'AT)
DOMINANTES ET Techniques associées	
LAND ART et technique associée : écoute de musique	
MOYENS ET METHODES	
1 séance par semaine en moyenne dans la chambre de la résidente	

ANNEXE 15 : LE BILAN DES SEANCES.

SYNTHESE DES SEANCES	Mme L.
S1 : (petit salon. 30 min) Ecoute de violon Chant spontané avec une autre résidente. Enthousiaste. Reprend 2 chansons en fin de séance. Télescopage d'événements anciens *2 « je chante pour maman, il faudra venir à la maison ».	
S2 : (salle de musicothérapie 30 min) Séance collective chorale. Ne paraît pas reconnaître l'art-thérapeute (AT). Paraît à l'aise dans la nouvelle salle de thérapie. Très enthousiaste de chanter et cherche la communication spontanément avec son entourage. Pertinente dans ses réponses. Emotion esthétique prononcée à l'écoute du violon joué par l'AT. Parle de sa mère au présent.	
S3 : (salle de musicothérapie 30 min) Séance collective chorale. Ne paraît pas reconnaître l'art-thérapeute. Chante avec joie toutes les chansons qu'elle connaît seulement. Ne suit pas les paroles écrites. Communique avec l'AT et l'infirmière seulement. Emotion esthétique prononcée à l'écoute du violon. Beaucoup plus dans l'instant présent. Exprime sa joie « c'est un rêve qui s'est exaucé » en parlant du chant.	
S4 : Séance dans la chambre de la résidente 30 min (écoute de musique, violon, et petit orgue de barbarie.) Beaucoup dans l'instant présent, évoque peu sa maman. Paraît apprécier l'écoute, très attentive et décrit le fonctionnement des instruments. Hors séance : fortes chaleurs les résidents sont réunis dans un espace climatisé. L'art-thérapeute accompagne mme L. auprès d'un résident de l'atelier chorale. Mme L. engage la conversation.	
S5 : (salle de musicothérapie 30 min) Séance collective chorale. Mme L. paraît douloureuse, elle a l'élan corporel mais pas la poussée. Elle paraît aussi fatiguée. Exprime avoir néanmoins pris du plaisir à chanter en groupe même si elle n'est pas « très en forme ». Plaisante pendant la séance.	
<i>Clôture de la prise en charge et départ de l'art-thérapeute. (Laisse un coquelicot en papier dans la chambre de la résidente avec son accord et son souhait de l'accrocher au mur).</i>	

SYNTHESE DES SEANCES	Mme W.
S1 : (Chambre 20 min-contemplation de violon joué par l'art-thérapeute) Mme W paraît très fatiguée. Se tient la tête avec sa main, yeux fermés. Exprime verbalement ses goûts à l'écoute. « oui j'aime » « ça détend » ; Elle paraît se relâcher corporellement sur son fauteuil. Fatiguée demande à arrêter. Hors séance : agressive avec le personnel soignant, et dort beaucoup	
S2 : (Chambre 30 min –contemplation de violon joué par l'art-thérapeute) Mme W. se tient la tête, les yeux fermés, dans son fauteuil. Elle s'exprime beaucoup verbalement (phrases très courtes et jargonaphasie), et fait part de sa détente grâce à l'écoute du violon. « ça détend ». Lorsque l'AT joue Méditation de Thaïs, elle lui confie qu'elle l'a déjà joué au piano (gestuelle et « piano »). L'AT lui présente un petit clavier elle refuse d'en jouer « non, trop longtemps ». Elle chante alors sur des airs de violon (Barcarolle d'Offenbach). Hors séance : très agitée le soir, pleure	
S3 : 2(Chambre 20 minutes) Mme W, gémit et sanglote appelle « papa ». Au son de l'instrument (métallophone) de l'AT elle arrête de sangloter. Elle secoue la barrière de son lit, paraissant vouloir stopper la séance. L'AT joue du violon et mme W chante sur deux airs. Très fatiguée et agitée. Hors séance : chute	
S4 : (Petit salon 30 min) (chant et contemplation de violon) L'AT rencontre mme W au petit salon elle est accompagnée d'une autre résidente. L'AT propose alors une séance collective. Elles acceptent. (chant et écoute de violon) Mme W s'exprime mieux que lors des dernières séances, (+ en début de séance). Elle chante sur la totalité des morceaux (phonème la). L'AT propose une séance collective pour former un petit chœur avec d'autres résidents. Mme W accepte. Elle pense avoir moyennement chanté mais a passé un agréable moment. Verbalise que le chant lui fait du bien. Structure corporelle mieux pendant cette séance. Hors séance : arrêt de l'antidépresseur et chute	
S5 : (Chambre 30 min, Canicule) Mme W, est installée à son bureau, et manipule un livre. (Pages déchirées).L'AT propose une écoute de violon à la patiente. Elle accepte mais s'agite et veut atteindre son lit (stéréotypie corporelle ++++) tremblements des mains et des bras. L'AT lui met du brumisateur sur la figure les jambes à plusieurs reprises et descend la patiente dans un endroit climatisé. L'AT lui donne un papillon cartonné à garder dans sa chambre. Elle l'accepte et le scrute des mains sans le regarder.	
S6 : Mme W est trop fatiguée et refuse de participer à la séance collective.	
S7 : (Salle de musicothérapie, séance collective 2, chœur) Pour stimuler mme W, l'AT repropose une séance collective à mme W. Elle accepte. Mme W. est volontaire pour venir à la séance. Elle ne chante pas néanmoins elle écoute avec attention les chansons (main sur la joue et yeux fermés pendant presque toute la séance). Elle répond verbalement à chaque sollicitation de l'infirmière ou de l'AT. « je dors, mais j'écoute ». En fin de séance, elle paraît paisible et a le sourire. Hors séance : l'AT croise mme W ; dans le petit salon. Elle paraît s'agiter. L'AT lui joue un air de violon pour tenter de l'apaiser . Elle paraît se détendre corporellement. Plus tard dans la journée, elle est hospitalisée pour suspicion de fracture. Elle rentre le même jour.	

S8 : (Salle de musicothérapie, séance collective 2, chœur)
Mme W. a des difficultés d'expression verbale plus prononcées. Fait comprendre à l'AT qu'elle a un souci de diction. Sur les conseils de l'AT elle chante sur un phonème. Ne se sert pas du cahier mais le touche beaucoup. Elle est très participative et chante plus fort lorsqu'elle est sollicitée, et s'en amuse sur le morceau « gare au gorille de Brassens ». Elle frappe dans ses mains sur Santiago (Auffray).
Hors séance : [Retour de la fille de mme W. \(via la direction et par courrier\) : Mme W. s'exprime plus et raconte ce qu'elle a fait en séance et sa fille en est surprise. Mme W. a beaucoup aimé les séances collectives.](#)
Remarque d'un aide-soignant : depuis une semaine, mme W s'adresse verbalement à lui. Cela faisait très longtemps que ce n'était pas arrivé.

SYNTHESE DES SEANCES	Mr. M.
S1 : (chambre, 30 min) contemplation de musique jouée et chant. Mr M. n'a pas paru reconnaître l'AT. Très attentif pendant toute la séance, a chanté spontanément des airs de chanson française lorsqu'il les entendait joués au violon. A paru prendre du plaisir.	
S2 : (chambre, 30 min) contemplation et chant. Mr M, paraît chanter/fredonner et être dans un épisode confusionnel. L'AT chante pour attirer son attention. Il s'arrête, sourit et paraît reconnaître l'AT. Il choisit 4 chansons dans son recueil, et paraît enthousiaste de chanter. Même s'il est plus dans l'instant présent en milieu-fin de séance il paraît globalement triste. Hors séance : urine sur le sol/agressif et propos incohérents : logorrhée sur la française des jeux/ désorienté et confus/chute	
S3 : (petit salon et chambre, 30 min) chant. Rencontre du patient dans le couloir (autre bout de l'aile de l'EHPAD). Sur le chemin du retour l'AT propose de faire une séance dans le petit salon à disposition des résidents. Une résidente a proposé de se joindre à la séance pour chanter avec eux. Mr M a accepté, et les deux ont chanté (2 morceaux seulement imposés par l'AT pour imposer un cadre) accompagnant l'AT au violon. Relationnel +++ . La séance est terminée dans la chambre de Mr M, qui a le sourire. Mr M. moyennement satisfait de sa production artistique (chant).	
S4 : (chambre 30, min) Projections dans le passé pendant la séance (sa famille pendant la guerre)+++Episodes confusionnels (boucle d'inhibition) stoppés par l'écoute de « Marinella » de Luis Mariano, et d'Edith Piaf. L'AT lui donne les paroles écrites en gros et il chante en les suivant. Sa main gauche tremble beaucoup pendant la séance. Saveur positive pendant la séance. L'AT aborde l'idée de faire des séances collectives avec Mr M.. « oui, mais je suis vieux, et je ne pense pas... » L'AT le rassure. Il paraît avoir une saveur positive.	
S5 : Mr M. accepte d'écouter du violon joué par l'AT, mais est très fatigué et demande de faire une séance plus tard. « je ne suis pas très en forme aujourd'hui ».	
S6 : (salle de musicothérapie, séance collective) Accepte l'atelier collectif. Très concentré dans l'atelier et attentif aux paroles. Chante sur le phonème « la » quand il ne connaît pas les paroles, participe. « il faut chanter correctement et juste avec les bonnes paroles ». Sur le chemin de retour il chante encore. Remarque que c'est le seul homme. Paraît fatigué en fin de séance. A paru prendre du plaisir à chanter et accepte de revenir.	
S7 : (chambre, présence de sa fille 30 min, forte chaleur) « ah vous voilà ! ». A tendance à s'exprimer verbalement et de façon incohérente. Triste pendant la séance l'exprime à l'écoute d'une chanson d'Edith Piaf. L'AT lui joue un air plus gai pour rompre cette boucle d'inhibition. Il paraît apprécier et accepte d'aller à la fête d'anniversaire d'autres résidents. Retour de sa fille : La veille est sorti dehors sans prévenir en pleine chaleur. Il cherchait «la petite qui joue du violon» (AT)	
S8 : (salle de musicothérapie, séance collective) Mr M. Accepte de venir, et feuillette de classeur de paroles avant de commencer. Il est dans l'instant présent et chante les chansons dont il connaît les paroles uniquement. Il suit un peu sur le cahier de chant. L'AT met sa main sur son épaule, il paraît bouger en rythme comme s'il dansait. Mr M. A conversé un court moment avec une autre résidente lors de l'atelier. Fait la remarque qu'il ne connaît pas tous les morceaux et trouve la séance moyenne, mais souhaite revenir s'il y a des chansons « connues ». (sortie de sa zone de confort) Esprit critique +++ très lucide. Hors séance : Mr M. est agressif verbalement pendant le we.	
S9 : (salle de musicothérapie, séance collective) (Pendant le déjeuner est agressif et agité. Il a été isolé dans une salle de déjeuner indépendante). Il accepte de participer à la séance et paraît très fatigué. Il suit plus le cahier de chant et chante plus que la séance précédente. Il paraît prendre beaucoup de plaisir à chanter et le verbalise.	

SYNTHESE DES SEANCES	Mme Pe.
(première rencontre mme Pe est alitée et reste au lit pendant toute la séance d'ouverture) S1 : (chambre 20 min écoute de violon) Elle se met dans son fauteuil. A chaque fin d'écoute, Mme Pe. sourit. L'AT lui demande quel style de musique elle aime « oh un peu de tout ». Elle ne paraît pas avoir de préférence. Paraît passer un agréable moment et le verbalise « oh oui ». A la fin de la séance, elle se dirige vers son lit « je vais me remettre au lit ». Hors séance : Intervention de l'orchestre à cordes dans l'après-midi. Mme Pe est présente. L'AT qui joue dans l'orchestre la salue à la fin de l'audition. Elle lui fait un grand sourire et paraît la reconnaître. La musique lui a plu.	
S2 : (chambre 30 min écoute de violon joué par l'AT et de musique enregistrée) Mme Pe est alitée. Après avoir été levée par une aide médico psychologique, l'AT lui fait écouter plusieurs types de musiques. (pour connaître ses goûts). Elle refuse d'écouter de la musique africaine. Pas d'expression corporelle particulière. L'AT propose une écoute musicale (violon joué) et à l'écoute des morceaux son visage se détend (nombreux sourires). Elle paraît apprécier. En fin de séance, elle salue l'AT avec le sourire.	

S3 : (chambre 30 min écoute de métallophone joué par l'AT et chant) Dans son fauteuil. L'AT lui joue des airs aux métallophone. A chaque fin de morceau, mme Pe. sourit. Lorsqu'elle reconnaît l'air, elle verbalise un « oui » et acquiesce. Lorsque l'AT joue « le temps des cerises », Mme Pe. chante spontanément l'air et les paroles. L'AT et mme Pe. chantent la chanson en duo deux fois. Enchaînant de la même manière sur deux autres chansons. Mme Pe. souhaite recommencer lors d'une prochaine séance. Après la séance mme Pe. est allée se coucher.
S4 : (chambre 30 min écoute de métallophone joué par l'AT et chant) Mme Pe. est alitée. Elle se lève seule et s'installe dans son fauteuil avec l'aide de l'AT. Elle ne paraît pas reconnaître l'AT, mais fait des grands sourires (lien avec les instruments?). L'art-thérapeute lui joue du violon Et elle chante sur un des airs qu'elle entend : la bohème d'Aznavor. Elle chante la chanson entière, malgré la difficulté rythmique et mélodique. Elle lit rapidement les paroles. Très concentrée et attentive pendant toute la séance, elle paraît prendre plaisir à l'activité artistique. L'AT lui présente une chanson des années 30 qu'elle ne connaît pas. Elle la reproduit Elle accepte avec enthousiasme de chanter avec d'autres résidents lors de la prochaine séance. Pas d'expression corporelle autre qu'au niveau du visage.
S5 : (salle de musicothérapie, séance collective, chœur) Mme Pe. accueille dans sa chambre l'AT avec un grand sourire. Arrivées dans la salle ne paraît plus se repérer spatialement. A chaque fin de chanson, mme Pe. applaudit énergiquement à chaque fois. S'autocorrige quand une phrase n'est pas satisfaisante et suit les paroles sur le cahier de paroles. Mme Pe. paraît avoir un comportement automatique (lecture des paroles et dictions automatique et rapide). Participe beaucoup pendant la séance. Tourne les pages du classeur avec aide. Accepte de revenir à la séance suivante. Hors séance/remarque d'une aide-soignante : trouve mme Pe. plus souriante depuis le suivi art-thérapeutique. Elle répond aux questions posées et paraît avoir une réponse plus spontanée dans le contexte.
S6 : (salle de musicothérapie, séance collective, chœur) Ne paraît pas désorientée par le changement de salle. Elle participe en chantant sur la majorité des chansons et en lisant parfois en lecture automatique sur le support écrit. Elle paraît plus à l'aise avec les chansons à textes rapides et sans variation de rythme. Tourne les pages du classeur sans aide. Très concentrée sur l'action de chanter, mais sourit aux autres résidents de l'atelier. (notamment à un personne qui s'adresse à elle pendant la séance). Elle souhaite revenir lors de la troisième séance. Hors séance : arrêt du hypolipémiant
S7 : (salle de musicothérapie, séance collective, chœur) C'est moins servi de son support écrit en lecture automatique qu'à la précédente séance. Très souriante pendant la séance, mais ne s'exprime pas verbalement sans sollicitation. Elle répond à chaque question posée par « oui » ou « non ». Paraît passer un agréable moment et participe grandement en chantant sur toutes les chansons. Mme Pe. s'investit dans la séance.

SYNTHESE DES SEANCES	Mme Pi
S0(Séances d'ouverture : refuse de toucher le violon de l'AT et de chanter. Affirme son gout pour la peinture et par exemple Jackson Pollock.) S1 : (chambre 30 minutes) Peinture aquarelle sur image noir et blanc. Mme Pi dit qu'elle a vu l'art-thérapeute le matin même arriver et décrit sa voiture. L'art-thérapeute propose un ensemble d'images en noir et blanc à Mme Pi et lui demande d'en choisir une. Le choix paraît très difficile et elle parvient à prendre une image après beaucoup de sollicitations. Elle paraît trouver tout beau. « je vous le dis, je suis franche ». L'art-thérapeute explique les consignes et la technique de l'aquarelle à Mme Pi qui accepte et participe avec enthousiasme. Elle choisit la couleur verte (avec sollicitation) et paraît enthousiaste de peindre. (geste précis et méticuleux). Le travail est laissé dans sa chambre pour séchage et rayonnement.	
S2 : (chambre 30 minutes) Peinture aquarelle sur image noir et blanc (suite) Mme Pi est souriante, accueillante, et installée devant son bureau. Elle paraît reconnaître l'AT(a parlé à nouveau de son arrivée ce matin sur le parking). Elle accepte de continuer le travail de la semaine précédente. L'AT réexplique les consignes, oubliées depuis la séance précédente. Elle choisit assez rapidement la couleur (verte).Geste précis. "je vous écoute", c'est joli la peinture". Se plaint d'une douleur au coude droit (main du pinceau), mais dit apprécier le moment et trouver sa production belle. Elle sourit.	
S3 : (chambre 30 minutes) Peinture aquarelle sur image noir et blanc (suite) Mme Pi est assise à son bureau elle accueille l'AT et lui prend la main pour l'embrasser. « Je vous attendais, je savais que vous alliez passer » « je vous ai vu avec la voiture sur le parking » « je vous vois le matin ! ». Elle est souriante et attentive. Elle paraît avoir une certaine gnosie (ne reconnaît pas le pinceau, ne décrit pas son image) répond « je ne sais pas »aux questions de l'AT : L'AT lui réexplique les consignes. Lui montre aussi les deux sortes d'aquarelles (tubes et en boquet) avec palette de couleurs. « C'est beau tout est beau ». Elle choisit la peinture en boquet, mais ne choisit pas de couleur. L'AT lui remontre la technique de l'aquarelle (couleur pigment à étaler pinceau eau). Elle reproduit la technique et s'arrête le personnage terminé. Pas de prise d'initiative. Agit sur de nombreuses sollicitations, avec de l'encouragement entre dans l'action « Ca va être difficile » (manque de confiance en soi) Fin de séance l'AT accompagne mme Pi au réfectoire, et en passant devant une chambre, lui parle d'une personne décédée« c'est pareil y'en a un qui est décédé » (Mr D.) « c'est comme ça ». (la personne avec qui elle a eu une relation amoureuse).	
S4 : (chambre 30 minutes) Peinture aquarelle sur image noir et blanc (suite) Ne se rappelle pas du prénom de l'AT, mais semble la reconnaître. Elle répond aux questions avec pertinence avec peu de sollicitations. Que nous faut-il pour peindre ? « un pinceau » « de l'eau » (en lui montrant le pot) et de « la peinture ».	

Rappel des consignes (deux fois dans la séance). Elle ne sait pas par où entrer en action. « ça va être difficile », Difficulté de choix de couleur, mais sur 2 sollicitations et encouragement de l'AT, choisi du bleu. Puis l'orange sur une seule sollicitation. Elle taquine l'AT pendant la séance. Geste précis : Hors séance : Suite aux séances d'art-thérapie, la psychologue prévoit d'inviter mme Pi a un atelier thérapeutique mandala, pour favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe, améliorer l'estime de soi, et permettre de proposer une continuité dans sa prise en soin(en continuité des séances s'art-thérapies prodiguées pendant le stage de l'AT)
S5(chambre 30 minutes) Peinture aquarelle sur image noir et blanc (suite) Mme Pi ; est de bonne humeur. Elle sert la main de l'AT et l'embrasse. L'AT lui explique à nouveau les consignes. Elle nomme le pinceau. Elle refuse de toucher la peinture (sèche),et refuse que l'AT lui prenne la main pour la guider avec le pinceau. Cependant, elle se fait une tâche de peinture sur le ventre et accepte de l'aide pour la nettoyer. Elle verbalise la difficulté de peindre mais s'engage dans l'action avec des encouragements. Comme à chaque séance, elle prend son pinceau de la main gauche et le replace dans sa main droite (est droitière). Elle trouve son travail beau et souhaite le continuer. L'AT à la clôture de la séance annonce son départ prochain.
S6 (chambre 30 minutes) Peinture aquarelle sur image noir et blanc (fin) Mme Pi fait une bise à l'AT et se souvient que l'AT va bientôt partir. En attendant que l'AT prépare le matériel, elle s'installe de sa propre initiative à sa table. Elle nomme l'outil principal (pinceau) une nouvelle fois. Prend son pinceau de la main gauche paraît être gênée par son bras droit. L'AT réadapte l'installation pour ne pas qu'elle soit gênée. Elle choisit une couleur. Peint une bonne surface d'un geste précis. Fait mais « c'est difficile ce que vous me demandez ». Noté : pression forte de sa main droite sur le pinceau. Se plaint d'une douleur à la main. L'AT lui réexplique comment tenir le pinceau. Séance agréable, souhaite recommencer. Hors séance : Mme Pi reconnaît l' AT de dos dans une chambre d'un autre résident, et l'interpelle pour la saluer et discuter. Mme Pi a participé à une séance de mandala. A répété plusieurs fois qu'elle n'y voit rien. A eu mal un peu au bras droit, mais s'applique. A choisi 1 couleur sur 3. Fait illusion sur ses problèmes gnosiques et mnésiques. Dit que son coloriage est moche. Départ de l'AT : Mme Pi a le sourire. L'AT lui laisse un coquelicot en papier pour le souvenir collé sur son mur (elle a choisi l'endroit où le coller)

SYNTHESE DES SEANCES	Mme Tu
S0 Hospitalisée 4 semaines entre la première rencontre et la séance 1. Très douloureuse (escarre) S1 : (Chambre 20 min Aquarelle, technique associées aquarelle) Mme Tu. Semble confondre la venue et l'intervention de l'AT avec l'atelier mandala. Elle s'exprime beaucoup verbalement, et revit souvent des situations du passé (illusions : « Il faut que je garde le petit, je ne dois pas partir tard on m'attend à la maison »). Est très douloureuse. L'AT lui propose de dessiner un objet de son choix aux pastels pour qu'elle le peigne à l'aquarelle ensuite. Elle demande à l'AT de faire une rose. Elle peint ¼ de la rose après avoir écouté les consignes de l'AT. Les sollicitations de l'AT en lien avec la peinture lui permettent de retourner dans l'instant présent. Son discours revient par moments dans le présent, où elle cherche à se représenter des formes faites avec son aquarelle (une chaussure, un éléphant). Elle accepte que l'AT revienne la semaine prochaine. L'AT garde la production pour la ramener lors de la prochaine séance.Cube harmonique verbal. Hors séance : Atelier mandala . Etat passif, n'a rien exprimé Elle cherche aussi ses mots et n'arrive pas toujours à finir ses phrases. Au début bien appliquée, elle a assez vite abandonné son dessin et laissé vagabonder ses pensées, a évoqué son mari qui peignait (elle a expliqué qu'au début, la peinture n'est pas jolie mais c'est lorsqu'elle est terminée que l'on peut en percevoir toute la beauté).	
S2 : (Chambre 10 min) L'art-thérapeute vient proposer une séance à mme Tu dans l'après-midi. Celle-ci est trop fatiguée et douloureuse et ne souhaite pas faire d'art-thérapie. Elle ne se rappelle pas de la production ni du travail commencé. Elle lui demande de venir une autre fois. --L'AT tentera de faire des séances le matin où mme Tu pourrait être plus disponible.	
S3 : (Chambre 30 min séance le matin, aquarelle) Mme Tu, après un rappel des consignes, continue de peindre la fleur. Elle change de couleur. Beaucoup d'expression verbale, de retour dans le passé et d'illusions. Les sollicitations liées à l'action et la production semblent la ramener dans l'instant présent. Douloureuse pendant la séance. Hors séance : atelier mandala : mme Tu paraît en forme volubile, presque logorrhéique et enthousiaste avant de commencer l'atelier. Changement assez brutal d'attitude une fois installée dans la salle avec les autres participants .Action mais pas d'expression de choix. Elle exprime qu'elle n'est pas concentrée et donne l'impression d'être en difficulté.	
S4 : (Chambre 20 min le matin, aquarelle) Mme Tu dit aller mieux aujourd'hui. L'AT se présente et redonne les consignes. Mme Tu se rappelle que c'est l'AT qui a dessiné la fleur. Très concentrée pendant la séance, et plus dans l'instant présent. Elle paraît être consciente de ses troubles mnésiques verbalisant « mon problème c'est me rappeler les choses ». Une seule projection dans le passé, rappelée à l'instant présent grâce à la technique artistique. Sa production lui rappelle un lien avec un de ses fils décédé qui peignait. Elle paraît triste (boucle d'inhibition). Cube harmonique verbal : séance moyenne. Si la boucle persiste, changer de technique pour la prochaine séance. Hors séance : 2 hospitalisations étalées en 3 semaines.	

S5 : (Chambre 30 min le matin)

Mme Tu paraît triste et peu enthousiaste. Elle se plaint à plusieurs reprises de douleurs dans la bouche au niveau de la mâchoire inférieure (dentier manquant), et elle paraît gênée avec sa langue. Elle n'a pas envie de peindre, ni d'écouter de musique. Seulement de parler. Mme Tu, parle de plusieurs sujets à la fois, dont beaucoup dans le passé où elle les vit. Un vol de grues apparaît à la fenêtre de Mme Tu. et l'AT et elle les observent. Ce phénomène permet à Mme Tu d'être à nouveau dans l'instant présent, et d'accepter de faire du land art. Elle verse du sable blanc avec l'aide de l'AT et l'étale seule du bout des doigts. Elle dispose méticuleusement des pétales de rose sur sa production. Elle est moyennement satisfaite de sa production « mes mains tremblent » mais a passé un bon moment . Mme Tu paraît très fatiguée.

Hors séance : [Remarque de l'aide soignant mme Tu s'alimente mieux depuis quelques semaines.](#)

Fin de suivi : Mme Tu est allongée sur son lit. Paraît très fatiguée. L'AT lui annonce son départ et lui dit au revoir en lui laissant un petit coquelicot sur son mur. Elle lui propose un air de musique. Mme Tu accepte « avec plaisir ». Elle lui parle ensuite de son fils Claude le musicien, mais ne sait pas ce qu'il est devenu. (décédé). Elle semble épuisée mais apaisée. Elle remercie l'AT et lui fait beaucoup de sourires.

SYNTHESE DES SEANCES	Mme L-L
S1 : durée 30 min Chambre de la résidente. Land art Mme L-L sourit à l'AT lorsqu'elle arrive. Cette dernière lui montre les fleurs fanées de la précédente séance, restée dans sa chambre ; Mme L-L sourit encore plus. L'AT lui reparle du livre de fleurs laissé lors de la dernière séance et lui demande en lui mettant dans les mains quelle composition elle préfère. Mme L-L feuillette le livre et s'arrête sur trois compositions. (les mêmes que la séance précédente). Elle sourit. Phénomène associé : son fils lui rend visite et voit le violon de l'AT. Spontanément, il demande des renseignements sur l'art-thérapie et propose à sa mère de l'écouter du violon. Son regard paraît dire « oui ». L'AT joue alors Piaf. Le visage de mme L-L se détend et elle sourit encore plus Cube harmonique : pas de réponse. Clôture de la séance	
S2 : durée 30 min Chambre de la résidente. Land art technique associée musique contemplée et chant. Madame L-L a été attentive tout au long de la séance. Elle a rit à deux reprises et a beaucoup sourit. Elle a paru apprécier la fleur stabilisée amenée par l'AT. Elle ne s'est exprimée qu'une fois verbalement. Elle s'est beaucoup exprimée corporellement Hors séance : transmissions d'équipe : Mme L-L est très souriante. Le personnel soignant se questionne sur le lien sourire/art-thérapie	
S 3 : 30 min. Chambre de la résidente. Land art (installation du cadre)+technique associée écoute de musique Bilan de séance 3 : Il fait chaud dans la chambre et Mme L-L ne paraît pas à l'aise sur son fauteuil + fatigue. Elle s'est exprimée à deux reprises verbalement et sourit à l'AT. Elle accepte de faire une composition lors de la prochaine séance. S4 : durée 40 min . Chambre de la résidente. Land art (technique associée écoute de musique) production n°1 Mme L-L participe et paraît avoir une bonne compréhension des consignes. Ses gestes sont lents et avec de légers tremblements. Néanmoins, mme L-L rentre dans l'action assez rapidement. Projection : continuer de travailler sur le plateau en disposant des éléments pour chercher une gratification sensorielle et une émotion esthétique S5 : durée 30 min, Chambre de la résidente. Land art, production n°1 Mme L-L est très souriante, participative et impliquée. Ses gestes sont lents et déterminés malgré la praxie. Elle fait des choix (ne pas mettre ou enlever des éléments sur sa production) (choisir de faire du land art). Elle s'exprime verbalement deux fois mais de façon incompréhensible. Séance 6 : durée 30 min, Chambre de la résidente + ballade extérieure. Land art de sortir pour ramasser des fleurs pour fournir sa production land art Séance très positive. Elle s'exprime de façon explicite à trois reprises. Elle dispose des éléments sur sa composition avec une seule sollicitation de l'AT. Mme L-L est très souriante et apprécie la séance « oui » quand l'AT pose la question. Hors séance : Passation du MMSE par la psychologue juste après la séance 6 d'art-thérapie, pour profiter de la dynamique de la séance passée. Score 3/30 Temps de séance suivant: L'AT passe voir mme L-L pour une séance. Elle est dans son fauteuil et somnole. Elle paraît trop fatiguée et ne peut se réveiller pour une séance.	
Fin de son ordonnance d'anticholinergique et diurétique + ajout d'un anti agrégant-plaquettaire	
S 7: durée 30 min, Chambre de la résidente. Land art, production n°2 Phénomène associé : la production de mme L-L a disparu. L'AT s'adapte et propose alors une nouvelle production à la résidente. Celle-ci paraît moins disponible psychiquement et physiquement. Il y a moins d'interaction. Mais elle a la volonté de participer en s'exprimant corporellement pour disposer des éléments. Hors séance : Rencontre AT et le fils de mme L-L trouve que « le caractère de sa mère s'est assoupli depuis le suivi art-thérapeutique. L'art-thérapie lui fait du bien, elle est plus intéressée. Elle a plus de regards (dirigés). Elle semble bien heureuse. Elle lui a montré la rose stabilisée-cf séance 2. Lorsque sa sœur vient la voir elle ne s'en rappelle pas, mais se souvient de la rose stabilisée »	
S 8 : durée 30 min, Chambre de la résidente, Land art, production n°2 la chaleur et le changement d'heure ont été deux phénomènes associés créant des boucles d'inhibition chez mme L-L Celle-ci a dû également capter le manque de disponibilité de l'AT (également avec ses propres boucles d'inhibition).Mme L-L est vite sortie de l'opération artistique. Très peu d'expression corporelle et verbale dirigée vers l'AT et vers l'esthétique. Hors séance : Fortes chaleurs. Les résidents sont regroupés dans un endroit climatisé. En accord avec la direction, et dans un cadre occupationnel + observation pour son suivi thérapeutique, l'AT propose une audition de violon de 30 minutes.	

Mme L-L fait partie des résidents. Avant l'intervention, mme L-L lui fait un grand sourire et un signe de la tête pour accepter l'écoute. A la fin de l'écoute elle paraissait détendue et paisible. (elle dormait ?)

S 9 : durée 30 min, Chambre de la résidente, Land art, production n°3, canicule

Mme L-L paraît très enthousiaste de voir l'AT (main sur la joue et prénom répété). Elle accepte une nouvelle production et participe beaucoup à la conception. Ses gestes sont plus affirmés, précis et nombreux. Néanmoins une fatigabilité est à noter en fin de séance.

Mme L-L rit à 3 reprises pendant la séance.

Hors séance dernière rencontre :

L'AT vient dire au revoir à mme L-L et lui dépose un petit coquelicot sur son mur pour le souvenir.

Mme L-L lui fait un grand sourire. Son plateau de sable rose (production 1) est à nouveau sur son bureau. L'AT apprend que celui-ci a été rangé dans un des tiroirs du bureau de la résidente car elle avait tout renversé. L'AT s'exclame «de plateau est là » ! Mme L-L répète : «de plateau est là » ! « oui »

L'AT lui dit au revoir.

BILANS des prises en soin par sujet :

Mme L :

Le suivi art-thérapeutique de Mme L. s'est déroulé sur cinq séances, réparties en 2 individuelles et 3 collectives. Mme L. est globalement très enthousiaste de passer à l'action et de chanter. Elle a une saveur existentielle positive pendant tout le suivi. Le caractère chronique de ses TPCC influe sur son attention lors de l'activité. A l'exception de la séance 5 où mme L. est douloureuse, fatiguée, moins dans la dynamique relationnelle et moins participative. Il est noté que lorsqu'elle est stimulée, et en compagnie d'autrui, elle participe et à tendance à communiquer. L'objectif général est atteint.

Mme W :

Bilan : suivi irrégulier en fonction de l'état de santé de mme W. et des conditions de chaleur extrême. On note une amélioration lors des séances collectives, où mme W. a une saveur existentielle positive. Il aurait été préférable de poursuivre ces séances pour stimuler encore plus les capacités préservées de mme W et pour favoriser son engagement et son investissement relationnel. (Elle a gagné en prise d'initiative et en intérêt pour son entourage). Cube harmonique: 3séances non disponible psychiquement et rationnellement pour répondre sinon globalement positif + remarques du soignant et de sa fille.

OG atteint mais devrait être consolidé avec un suivi régulier et à long terme.

Mr M. :

Globalement le suivi est positif. L'objectif général est atteint. Mr M. a des compétences de chanteur et a participé de son mieux et avec intérêt. Hormis des épisodes confusionnels et des jours de séance avec une forte chaleur, Mr M. a paru prendre plaisir à chaque action, acceptant de chanter avec d'autres résidents et s'engageant dans la durée.

Mme Pe :

Très positif néanmoins l'OI4 n'est atteint que partiellement. Pour favoriser son expression verbale, il aurait fallu un nombre de séances beaucoup plus important. Besoin Régularité ++++ et suivi dans le temps (remarque lorsque l'AT est revenue le 25 septembre : elle a croisé mme Pe. qui lui a fait un grand sourire et lui a adressé la parole. Reconnue ? encore alliance thérapeutique ?)

Le personnel soignant trouve mme Pe plus souriante depuis le suivi art-thérapeutique. Elle répond aux questions posées et paraît avoir une réponse plus spontanée dans le contexte. L'infirmière utilise le chant depuis les séances d'art-thérapie pour prodiguer ses soins à la patiente.

Mme Pi :

Mme Pi semble avoir un manque de confiance en elle, mais rentre dans l'action avec encouragements et sollicitations. Problématique mnésique à court et moyen terme, mais selon les séances se rappelle de certaines informations (nom du pinceau et qui est l'AT avec sa voiture). Elle est toujours de bonne humeur pendant la séance et paraît prendre du plaisir à peindre avec de l'aquarelle. Geste précis lent et méticuleux. Besoin d'affection ?? (prend la main, fait la bise). Possible agnosie ? Travail de la capacité de choix (affirmation). Importance de l'apprentissage de la technique et de la répétition pour affirmation de soi et prendre confiance en soi dans l'action.

Traitement mondain avec l'art-thérapeute, (alliance thérapeutique installée assez rapidement) et les séances d'art-thérapie paraissent avoir permis à mme Pi de se réengager dans la relation. (accepte de participer aux ateliers de mandala)/ OBG atteint

Mme Tu :

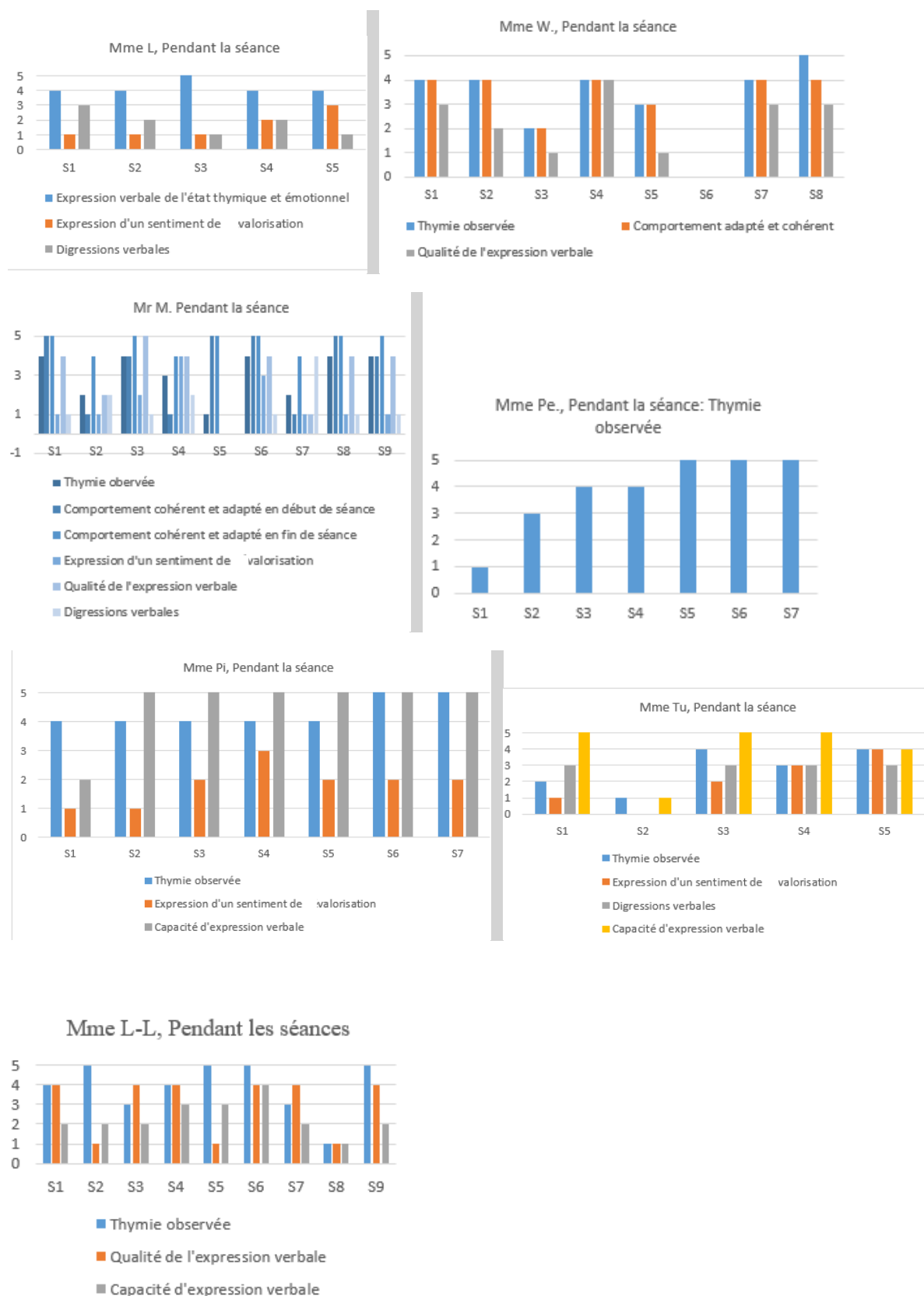
L'activité artistique ramène mme Tu dans l'instant présent ce qui lui permet de rentrer pleinement dans l'action et de se montrer détendue. Toutefois son état de santé reste très altéré. Elle reste est très douloureuse et présente beaucoup d'illusions, retours dans le passé++. Au cours du suivi, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises. Ces hospitalisations ont parasité la régularité des séances ce qui n'a pas permis d'avoir une efficacité optimale. Mme T présente de nombreuses blessures de vie qu'elle n'a toujours pas à ce jour surmontées. Objectif général partiellement atteint.

Mme L-L :

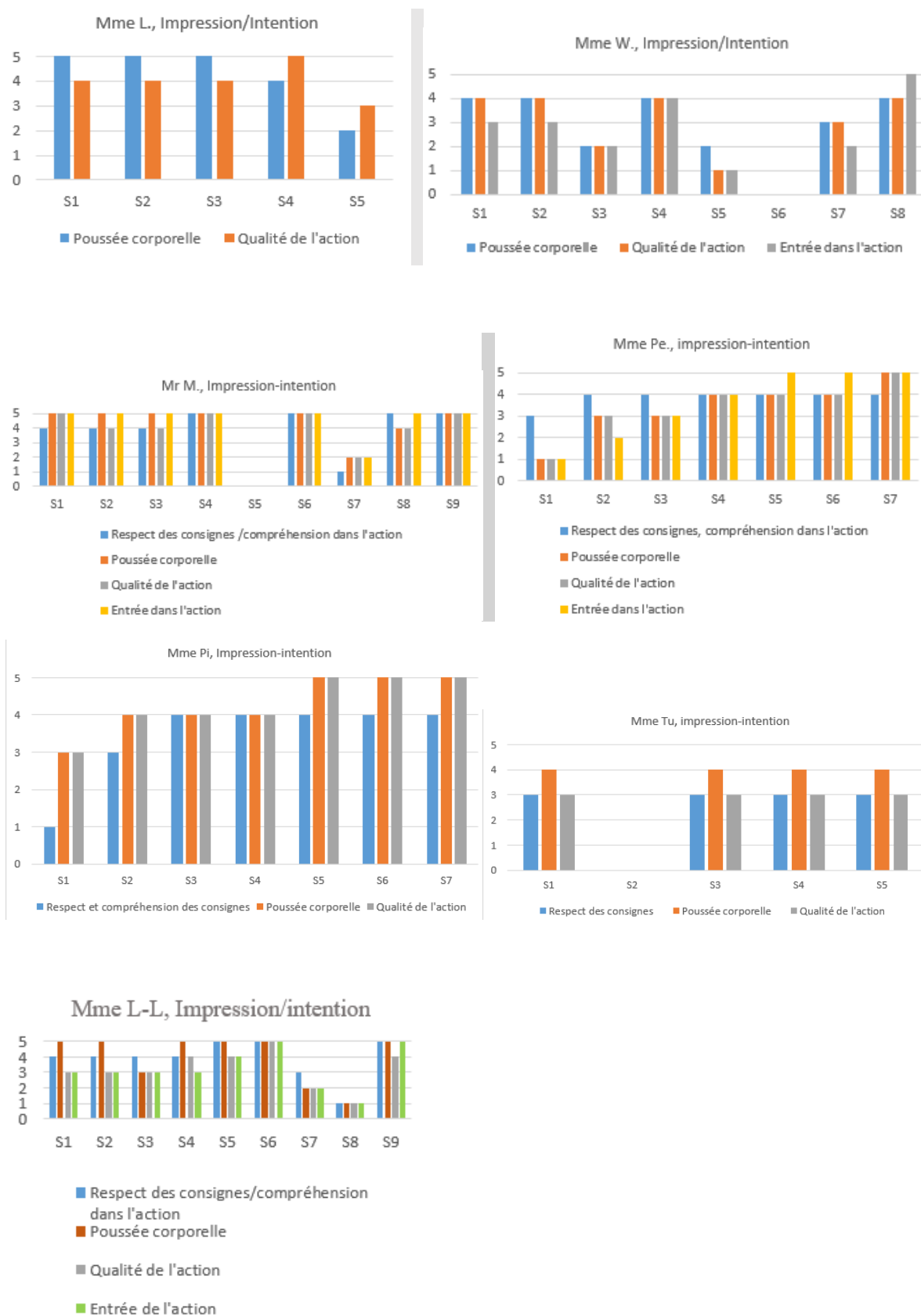
L'objectif général qui était : « favoriser l'expression verbale et corporelle de mme L-L en stimulant son engagement dans l'action et la relation et lui donner envie d'être disponible relationnellement » a été partiellement atteint pendant ce suivi. (OI4 à poursuivre). L'art-thérapie à dominante arts plastiques (technique land art) a permis des bénéfices non négligeables sur l'expression verbale et corporelle de Mme L-L. Le soignant qui accompagne Mme L-L quotidiennement indique également un changement positif de sa qualité relationnelle qui se marque par davantage de sourires et d'échanges par le regard (des remarques, également faites par la famille), et enfin par de la disponibilité relationnelle dans le soin.

ANNEXE 16 : LES RESULTATS PAR FAISCEAUX D'ITEMS.

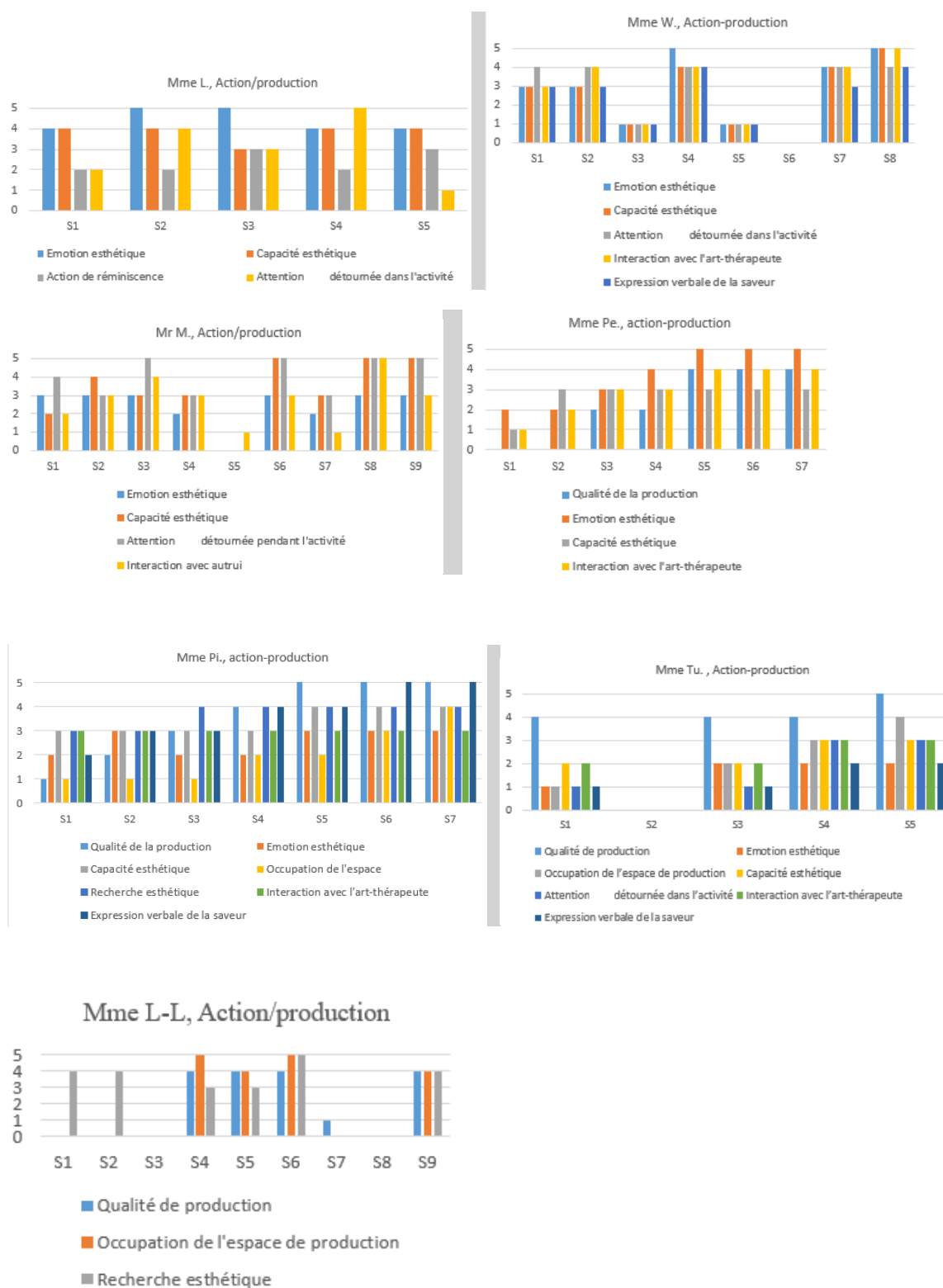
Graphique 2 : Les résultats du faisceau « Pendant la séance »



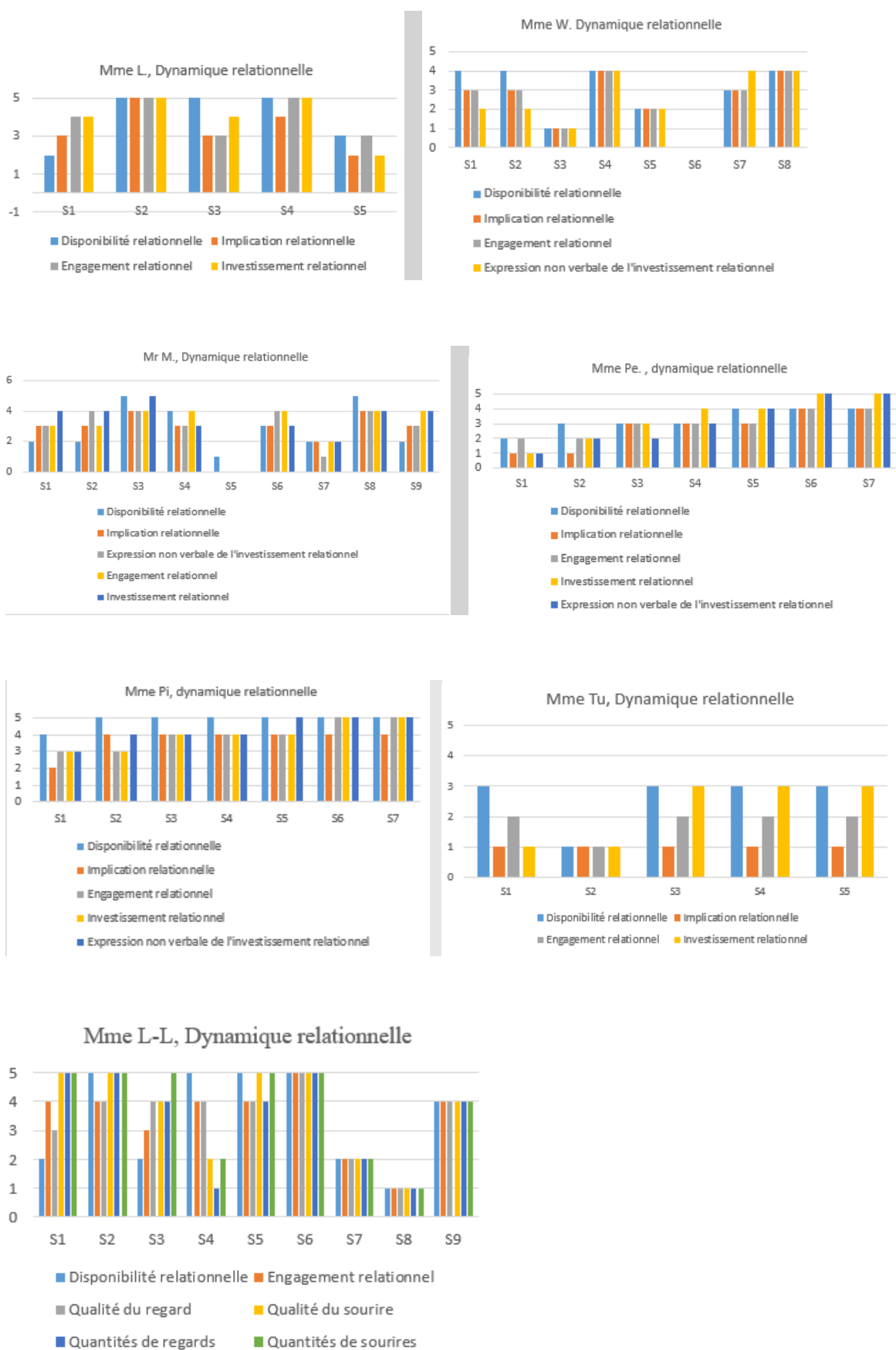
Graphique 3 : Les résultats du faisceau « Impression/Intention »



Graphique 4 : Les résultats du faisceau « Action/Production »



Graphique 5 : Les résultats du faisceau « Dynamique Relationnelle »



ANNEXE 17 : LES RESULTATS DE L'INVENTAIRE APATHIE.

Tableau 13: Le bilan des questionnaires Patient/Accompagnant/Soignant de l'échelle Inventaire Apathie.

		Mr M.	Mme Pe.	Mme W.	Mme L-L	Mme T.	Mme Pi.	Mme L.
1-EMOUSSEMENT AFFECTIF	Patient	0	N/A	N/A	N/A	10	0	5
	Patient	0	N/A	0	N/A	0	N/A	0
	Accompagnant	4	2	0	0	0	0	0
	Accompagnant	0	6	0	0	0	0	0
	Soignant	2	4	2	4	2	2	0
	Soignant	2	3	2	1	3	1	1
2-PERTE D'INITIATIVE	Patient	10	N/A	N/A	N/A	0	N/A	6
	Patient	5	0	0	N/A	0	10	6
	Accompagnant	0	12	12	12	6	2	4
	Accompagnant	0	6	0	6	0	0	0
	Soignant	2	4	3	4	2	3	3
	Soignant	2	4	3	3	1	3	1
3-PERTE D'INTERET	Patient	0	N/A	N/A	N/A	5	8	10
	Patient	N/A	0	10	0	0	10	0
	Accompagnant	0	1	12	0	6	1	0
	Accompagnant	0	2	1	0	6	6	0
	Soignant	0	4	3	4	3	4	0
	Soignant	1	2	3	2	2	3	2



1ere évaluation



Evaluation de fin de suivi



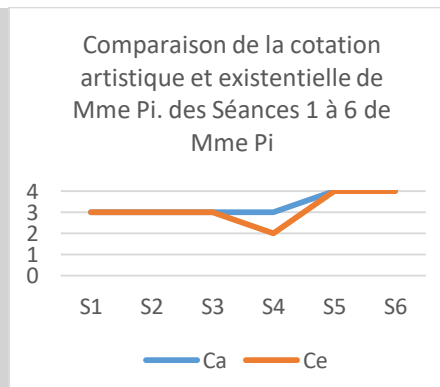
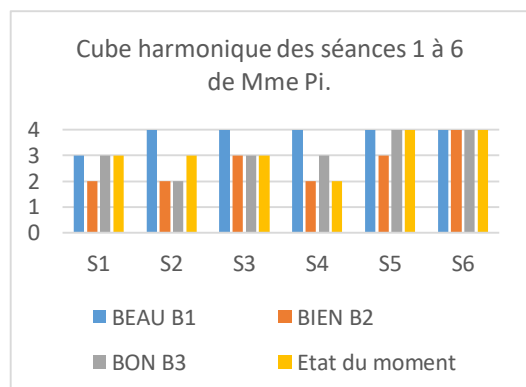
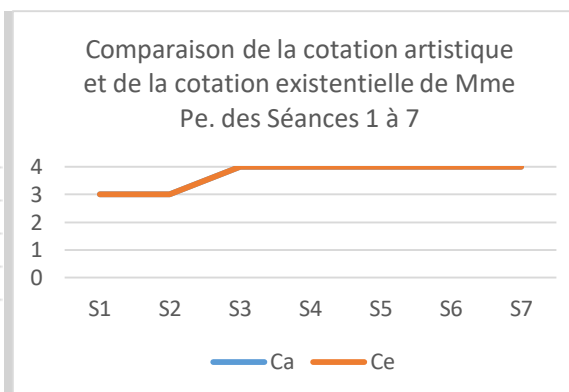
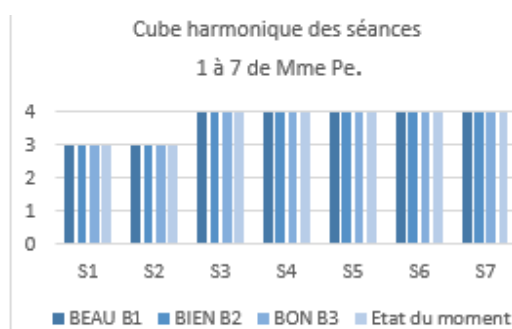
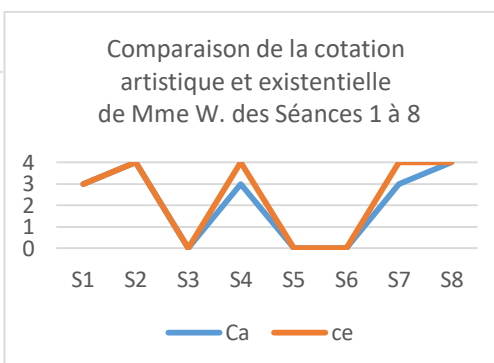
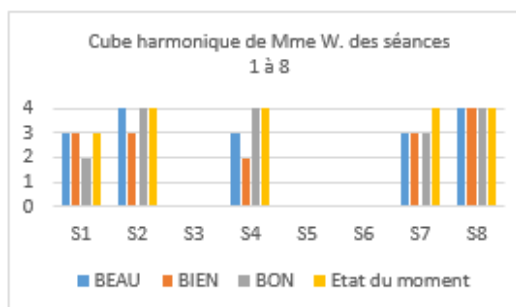
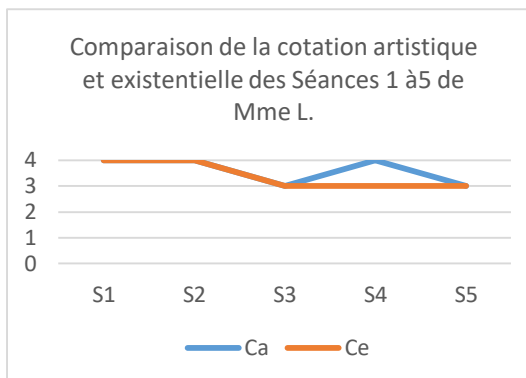
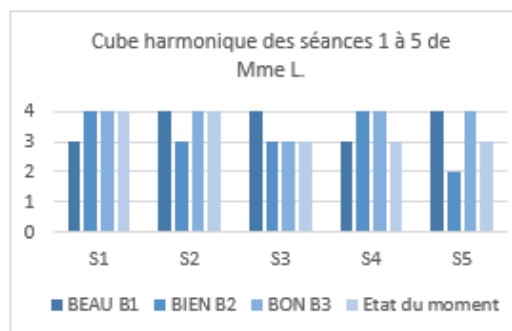
Evolution positive

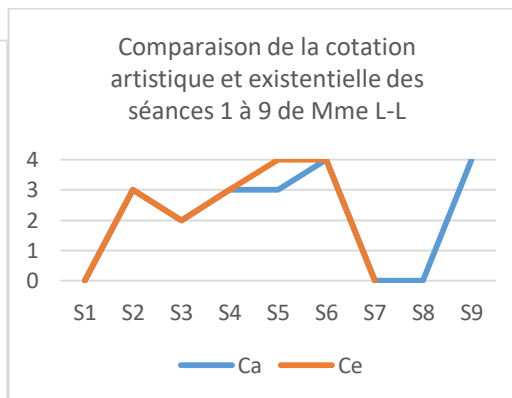
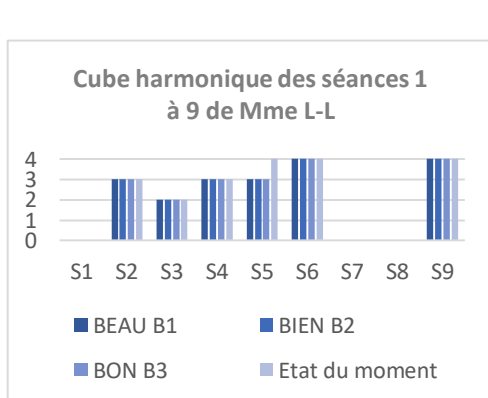
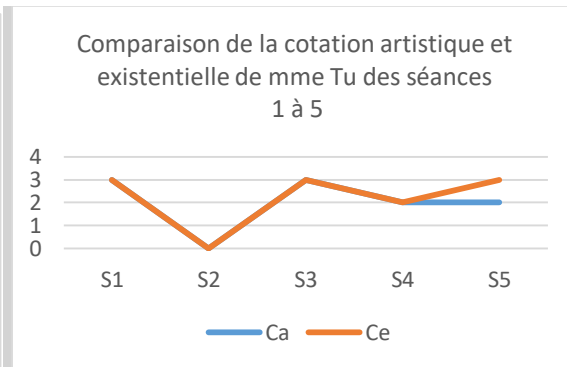
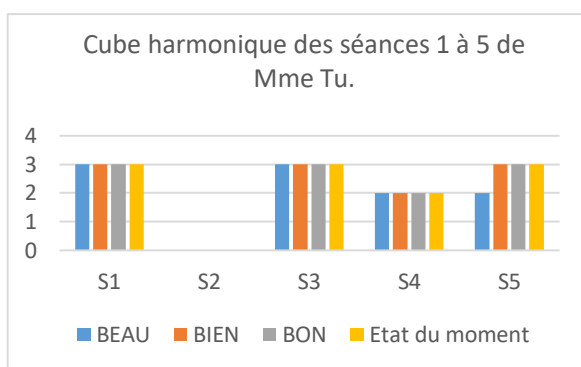
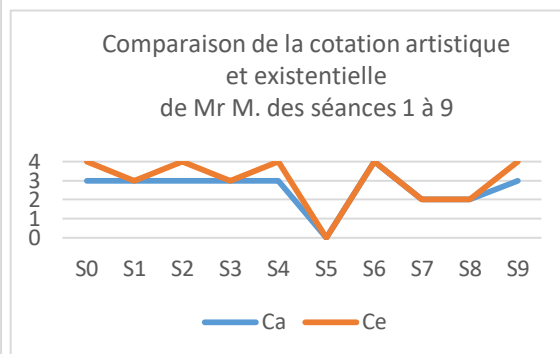
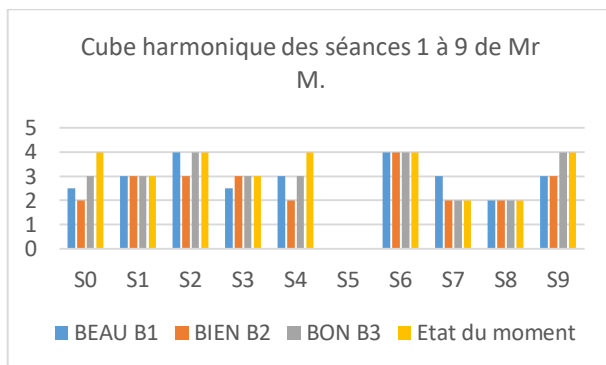


Evolution négative

ANNEXE 18 : LES RESULTATS DES CUBES HARMONIQUES

Graphique 6 : Les cubes harmoniques des sujets.





ANNEXE 19 : UN PARALLELE DES BESOINS DES PERSONNES AGEES AVEC LA PYRAMIDE DE MASLOW.

Tableau 14 : Une évaluation des besoins de la pyramide de Maslow et actions correspondantes⁶².

Les besoins de la pyramide de Maslow	La personne âgée et son vécu	Les actions entreprises par l'équipe pluridisciplinaire
5 Besoins de réalisation : Accomplissement, Dépassement		
Créer ; développer ; réaliser ; accomplir ; décider ; laisser une trace ; s'exprimer ; donner son avis ; être autonome ; être libre de ses choix et de ses opinions ; développer ses connaissances ; ses valeurs ; sa culture.	Nécessité de laisser une trace ; un souvenir à ses proches. La personne a des projets mais ne peut les réaliser. Sentiment de frustration. Des souhaits, des envies, des idées, des désirs à réaliser. Pessimisme.	Art-thérapeute, Animateur. Mettre la personne dans l'action, en réussite. Proposer des activités créatives. Inviter la personne à donner son avis, exprimer ses goûts La laisser prendre des décisions et faire des choix. La laisser libre et donner de la place à son libre-arbitre.
4 Besoins d'estime		
Reconnaissance : conserver son identité ; conserver son autonomie ; se sentir utile ; sentiment d'avoir de la valeur ; d'être respecté ; d'être apprécié ; exprimer sa compétence ; être reconnu dans sa personne et son travail ; reconnaissance morale.	Dépendance et frustration. Sentiment d'inutilité. Sentiment d'incompétence. Sentiment d'être exclu. Rejet de soi, dénigrement de sa personne. Sentiment d'être dévalorisé, déprécié. Ne croit pas en soi.	Art-thérapeute, Animateur, Psychologue. Donner le maximum d'autonomie. Lui donner l'occasion d'être utile. La valoriser et valoriser ses actes. L'encourager. Etre à son écoute, l'inviter à s'exprimer et accueillir son expression.
3 Besoins d'appartenance		
Avoir un statut social ; s'intégrer à un groupe ; pouvoir d'exprimer ; partager ; aimer et se sentir aimé ; être entouré, compris, soutenu ; être accepté ; dialoguer ; échanger ; participer...	Personne isolée. Personne déprimée. Apathie. Ennui. Sentiment d'abandon. Sentiment de n'intéresser personne. Manque d'affection	Psychologue, Animateur, Aide-soignant. (et art-thérapeute) Envelopper, accompagner. Activité de groupe/socialisation. Partager et échanger. Donner un statut, un rôle au sein du groupe. Favoriser l'interaction. Privilégier l'oral ou l'échange dans un groupe.
2 Besoins de sécurité		
Se sentir protégé ; besoin de stabilité et de repères ; être informé ; se sentir soutenu ; posséder et maîtriser les choses ; faire confiance...	Personne désorientée. Inquiétude, angoisse. Personne tendue, crispée. Peur de l'inconnu. Agressivité. Rejet d'autrui.	Direction, Aide-soignant. (et art-thérapeute) Ritualiser ; Rassurer, nommer les choses ; S'identifier. Identifier le lieu, le temps. Expliquer nos intentions, nos attentes. La mettre en confiance. Evincer l'inconnu et préciser le but de toutes actions. L'aider à anticiper, à se projeter pour dissiper l'angoisse.
1 Besoins physiologiques		
Manger ; boire ; dormir ; être en bonne santé ; avoir une sexualité, se vêtir, se chauffer ; avoir un toit...	Personne douloureuse. Personne fatiguée. Inconfort. Difficultés à se rencontrer. Manque d'attention. Manque de concentration	Direction, Aide-soignant, Cuisinier, Femme de ménage, Veilleur de nuit. Veiller au confort et au bien-être en se posant toutes les questions : La posture, l'assise... Adapter le matériel. Veiller à résoudre les problèmes de faim et de soif. La personne a-t-elle besoin d'aller aux toilettes ? Veiller au chaud/froid. Problèmes de douleurs.

⁶² **BORREMAN, Marie-Claire. Ateliers artistiques, Fiches d'activités-évaluation-méthodologie.** Paris : Phalente, 2012. Chap, Méthodologie la mise en œuvre des activités, p27-28.

**ARTICLE DE FIN D'ETUDES DU DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ART-THERAPIE
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

Soutenu le 11 décembre 2018, par Marion MOREAU.

Titre : Impact de l'art-thérapie sur l'investissement relationnel des personnes âgées dépendantes institutionnalisées en EHPAD et atteintes de troubles psycho-cognitivo-comportementaux. –Une étude comparative des dominantes musicale (écoute et chant) et arts-plastiques (land art et peinture).-

Sous la direction de : Delphine CIRET, Directrice de l'EHPAD des Cinq Rivières, Vierzon.

Résumé : Les troubles neurocognitifs des personnes âgées atteintes induisent des troubles de l'expression, de la communication et de la relation, en envahissant particulièrement les sphères physique, cognitive, psycho-affective et comportementale.

En s'appuyant sur la comparaison des résultats et sur les observations d'un travail art-thérapeutique à dominante musicale et arts plastiques, cette recherche est à tendance qualitative. Elle tente de justifier l'action positive de l'art-thérapie moderne sur le ressenti corporel, la structure corporelle, et l'engagement dans l'action puis la relation, afin d'en démontrer l'utilité sur l'investissement relationnel de résidents atteints de troubles psycho-cognitivo-comportementaux modérément sévères à sévères.

Mots clés : *Art-thérapie - Trouble psycho-cognitivo-comportemental - Investissement relationnel – Engagement – Institutionnalisation – Relation - Structure et ressenti corporels - Musique et Arts-plastiques.*

Abstract : Neuro-cognitive disorders concerning elderly people with cognitive deficiencies lead to communicative and relational impairment invading more particularly physical, cognitive, psycho-cognitive and behavioural spheres.

Relying on the comparison results and the observations of an art-therapeutic work (with music and plastic arts), this research is more of a qualitative study. It's an attempt to justify the modern art-therapy action on bodily feeling and body structure. It also shows action and relational commitments. Its aim is to explain how useful art-therapy may be on relational commitment for residents who suffer from middle-serious to serious psycho-cognitive-behavioural disorders.

Key words : *Art-therapy – Psycho-cognitive-behavioural disorders – Relational commitment – Institutionalisation – Relationship – Structure and bodily feeling – Music and Plastic Arts.*