2021-2022
Master 2 Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé
Mention Psychologie du Vieillissement Normal et Pathologique

Les effets de l'interaction sociale sur les troubles du comportement chez des sujets Alzheimer à un stade modéré

Prise en charge basée sur l'art thérapie

POZZOBON Mélissa

Sous la Sous la direction de
M. BESNARD Jeremy

Soutenu publiquement en :
Juin 2022

université angers

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

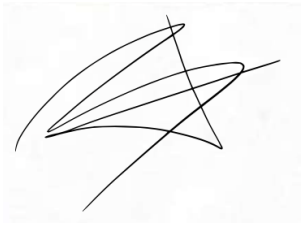


- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) POZZOBON Mélissa
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.



REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Marie-Cécile Leonhart, ma maître de stage, qui m'a permis de réaliser ce travail de recherche au sein de l'institution dans lequel elle travaille. Un grand merci également à l'ensemble du personnel, qui m'a apporté une aide précieuse pour la récolte de mes données. Leur sens de l'observation, ainsi que leur investissement m'ont permis de mener à bien ce projet.

Ainsi qu'à Pauline Guerre, ma maître de stage lors de mon deuxième stage, qui a su répondre à questionnements et qui a su faire taire mes doutes et mes angoisses durant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également Clémence Kayser, animatrice et art-thérapeute de l'EHPAD avec qui j'ai collaboré durant l'intégralité de ce travail. Ses compétences, ses réflexions et ses idées m'ont beaucoup apporté dans la construction et l'opérationnalisation de cette recherche. Merci pour ton investissement et ton soutien, sans qui ces ateliers n'auraient pu être mis en place.

Un grand merci à l'ensemble des participants qui se sont prêtés à mon expérimentation. Je suis très reconnaissante de tous ces échanges tout au long de ces mois de travail ; les résidents et leurs familles, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Ces rencontres ont toutes été très riches, tant sur le plan professionnel que personnel.

Mes remerciements vont également à Monsieur Jeremy Besnard, mon directeur de mémoire. Il s'est toujours montré très engagé durant ces deux années. Nos échanges et ses retours ont toujours été constructifs et m'ont permis de mener à bien ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre pédagogie et votre bienveillance vis-à-vis de mon travail.

J'ai également une pensée pour mes futures collègues et amies, qui se sont toujours rendues disponibles lors de mes questionnements et mes doutes. Leurs conseils et leur soutien moral ont été un avantage considérable durant ce travail qui n'a pas été facile tous les jours.

Enfin, un grand merci à ma famille et mes ami(e)s, pour leur soutien indéfectible durant ses deux années.

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail de recherche était de mettre en évidence un effet de l'interaction sociale sur les troubles du comportement les plus fréquents chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Nous le savons, l'interaction sociale est bénéfique pour la prise en charge des personnes âgées souffrant de pathologies neurodégénératives. Cette interaction sociale peut notamment être favorisée par le biais d'activités pratiquées en groupe. Ainsi, nous avons mis en place une prise en charge non médicamenteuse à travers des ateliers d'art-thérapie. Ces pratiques suscitent un intérêt grandissant et connaissent des bénéfices démontrés. Nous avons ainsi proposé des séances d'art-thérapie à faible ou forte interaction sociale à neuf participants recrutés au sein d'une unité de vie protégée. Afin d'évaluer les troubles du comportement, nous avons utilisé différentes échelles. L'échelle d'anxiété d'Hamilton, l'inventaire d'apathie (IA) et l'inventaire de Cohen-Mansfield pour estimer l'agitation et l'agressivité. Nous nous attendions premièrement à ce que les troubles diminuent grâce à cette prise en charge non médicamenteuse. Plus spécifiquement, nous supposions que la prise en charge à forte interaction sociale serait plus bénéfique pour la réduction de ces troubles que celle à faible interaction sociale. L'étude de cas multiples a mis en évidence une réduction des troubles chez deux participants sur les neufs recrutés, bien que ces améliorations ne soient maintenues dans le temps. Toutefois la prise en charge à forte interaction sociale n'a pas démontré d'effet positif de cette prise en charge.

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Troubles du comportement, Apathie, Anxiété, Agitation, Interaction sociale, Prise en charge non médicamenteuse, Art-thérapie.

ABSTRACT

The objective of this research was to highlight an effect of social interaction on the most common behavioural disorders in subjects with Alzheimer's disease at a moderate stage. As we know, social interaction is beneficial for the management of elderly people suffering from neurodegenerative pathologies. In particular, this social interaction can be promoted through group activities. Thus, we have set up a non-medicinal management through art therapy workshops. There is growing interest in these practices and demonstrated benefits. We offered art therapy sessions with low or high social interaction to nine participants recruited from a protected living unit. In order to assess behavioural disorders, we used different scales. Hamilton Anxiety Scale, Apathy Inventory (AI) and Cohen-Mansfield Inventory to estimate agitation and aggression. The first thing we expected to happen was that the conditions would decrease as a result of this non-drug management. More specifically, we assumed that management with high social interaction would be more beneficial in reducing these disorders than management with low social interaction. The multiple case study showed a reduction in disorders in two of the nine participants enrolled, although these improvements are not maintained over time. However, management with high social interaction has not shown a positive effect of this management.

Key words : Alzheimer's disease, Behavioral disorders, Apathy, Anxiety, Agitation, Social interaction, Non-drug therapy, Art therapy.

Table des matières

Introduction 1

Partie théorique 2

1. La maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement associés 2

1.1. La maladie d'Alzheimer 2

1.2. Les symptômes de la maladie 3

2. L'interaction sociale 5

2.1. Définition 5

2.2. Interaction sociale et vieillissement 5

2.3. L'intérêt du groupe 6

3. Une prise en charge non médicamenteuse : les ateliers thérapeutiques 7

3.1. Définition 7

3.2. Intérêt des prises en charge non médicamenteuses 8

3.3. L'art-thérapie 8

Problématique 10

Hypothèses 11

Partie expérimentale 11

1. Méthodologie 11

1.1. Participants 11

1.2. Matériel 15

1.3. Procédure 17

2. Résultats 17

2.1. Résultats des participants ayant bénéficiés des séances en groupe 17

2.2. Résultats des participants ayant bénéficiés des séances en individuel 20

3. Discussion 23

3.1. Interprétation des résultats 23

3.2. Limites de l'étude et perspectives 25

Conclusion 27

Références 28

Annexes 34

Introduction

La population française vieillit et ne cesse de vieillir. En 2018 la France comptait 13,1 millions de personnes de 65 ans et plus et les seniors devraient représenter 29% de la population d'ici 2070 (Insee, 2018). Avec cette augmentation du vieillissement de la population, on constate également une nette augmentation de la prévalence des pathologies neurodégénératives et parmi celles-ci, la maladie d'Alzheimer. Cette pathologie est diagnostiquée grâce à des preuves cliniques de pertes de mémoire accompagnées d'altérations d'au moins un autre domaine cognitif et de perturbations des fonctions sociales (Castellani et al., 2010). Cette maladie neurodégénérative entraine au fil du temps, une détérioration et divers troubles difficiles à prendre en charge pour les proches des malades. De ce fait, ils prennent souvent la décision, avec l'avancée de la maladie, de placer le malade en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cependant, malgré le « Plan Alzheimer » lancé en 2008, qui prévoyait de créer des unités spécifiques pour leur prise en charge (Ministère des solidarités et de la santé, 2015), celle-ci s'avère difficile.
Toutefois, pour pallier ces pertes, les institutions mettent en place un certain nombre de choses. Il a notamment été démontré d'une part que l'interaction sociale est bénéfique pour leur prise en charge, sur le plan cognitif mais aussi sur l'état général des résidents (Duff et al., 2013). Et que la sauvegarde d'un lien social et d'une interaction avec les proches, le personnel soignant ou encore d'autres résidents était d'une importance capitale dans le maintien des fonctions cognitives et comportementales. D'autre part, le lien social peut être favorisé, entre autres, par le biais d'activités groupales. Plus particulièrement, l'intérêt de ce mémoire se portera sur l'art-thérapie. En effet, les pratiques artistiques utilisées à des fins thérapeutiques, regroupées généralement sous le nom « art-thérapie », suscitent un intérêt croissant. En témoigne l'émergence d'une multiplication d'ateliers de ce genre dans un grand nombre d'établissements. Ainsi que la quantité de formations diverses et variées, mises en place pour répondre à la demande de professionnels désirant acquérir des outils spécifiques. Il est montré que l'art-thérapie connaît des bénéfices sur les comportements, l'humeur et la cognition (Waller, 2002).

Ce qui va nous intéresser dans ce travail de recherche est l'intérêt d'une prise en charge cumulant à la fois l'interaction sociale et l'art-thérapie sur les troubles du comportement chez des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré vivant en unité de vie protégée.
Ainsi, nous nous demanderons si cette prise en charge non médicamenteuse peut avoir des effets bénéfiques sur les troubles du comportement, en mettant en place des ateliers thérapeutiques basés sur l'art-thérapie. Ces séances seront associées soit à une faible interaction sociale soit à une forte interaction sociale. Pour cela, nous étudierons dans un premier temps la maladie d'Alzheimer de manière générale ainsi que les troubles du comportement qui lui sont associés. Puis nous aborderons l'interaction sociale, en la définissant et en faisant un lien avec la maladie d'Alzheimer. Pour finir, nous étudierons l'art-thérapie, à travers ses bénéfices et les limites de cette prise en charge.

Partie théorique

1. La maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement associés.

1.1. La maladie d'Alzheimer

1.1.1. Définition

La maladie d'Alzheimer a été décrite en 1906 pour la première fois, par le psychiatre, neurologue et neuropathologiste allemand Alois Alzheimer. C'est notamment grâce à l'une de ses patientes, Augusta Deter, qu'il put proposer une interprétation novatrice des troubles de la mémoire. C'est à partir de leurs entretiens et suivis qu'il put établir un tableau clinique de ce qu'il nomma dans un premier temps la « Maladie de l'oubli ». Ainsi, ses observations l'ont conduit à *« individualiser cette maladie comme une démence du sujet jeune, rare et dégénérative* » (Manning, 2015). Selon le Ministère des solidarités et de la santé (2015), cette maladie est définie comme « *Une maladie neurodégénérative -c'est à dire une atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale - caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions cognitives conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne* ». Cette dernière met en jeu le langage, le raisonnement, la mémoire, l'apprentissage et évoluant généralement vers une perte d'autonomie du malade et pouvant entrainer une institutionnalisation. Sur le plan microscopique, sa définition repose sur des critère histopathologique « *La présence de plaques séniles et de dégénérescences neurofibrillaires au niveau du cortex cérébral. Les lésions intéressent aussi les structures sous-corticales et plus spécifiquement le noyau basal de Meynert. C'est une maladie dégénérative, sa fréquence augmente avec l'âge. L'évolution est inéluctable en plusieurs années vers une déchéance comportementale majeure* » (Doron & Parot, 1991). Malgré la reconnaissance officielle des travaux de A. Alzheimer, elle est au fil du temps devenue une difficulté dominante de santé publique dans notre pays et qui tend à devenir une priorité, en raison de l'allongement de l'espérance de vie et du nombre croissant de personnes âgées (Helmer et al., 2006).

1.1.2. Épidémiologie

Elle est la pathologie neurodégénérative la plus répandue du sujet âgé. Elle représente 60 à 70% d'entre elles (Cummings & Cole, 2002) et touche principalement des femmes. Une étude de Letenneur et al. (1994) a été mené afin d'étudier de manière prospective, un échantillon aléatoire représentatif de personnes âgées de 65 ans vivants à domicile. Les personnes sélectionnées, ayant données leur accord de participation au préalable, étaient au nombre de 2792 sur 4050 contactées dont 59,8% de femmes et 40,2% d'hommes. Elles ont été évaluées une première fois, puis réévaluées 1 an, puis 3 ans après la visite initiale. Les résultats ont démontré qu'un an après, 51 personnes étaient soupçonnées d'avoir une pathologie neurodégénérative et ce chiffre augmente lors de la visite à 3 ans, passant à 93 sujets suspectés d'être atteints d'une maladie neurodégénérative. Au total, 70% des sujets étaient des cas de maladies d'Alzheimer. Cette pathologie touche 5% des personnes de plus de 65 ans, ce qui représente 10% de ces personnes. Mais également 25% des personnes âgées de plus de 80 ans. Ce qui fait cependant la particularité de cette pathologie est qu'elle peut également se manifester, de manière précoce, touchant des personnes jeunes et faire son apparition dès 40 ans (Forette & Eveillard, 2005). En 2015, 46 Millions de personnes vivaient avec une pathologie neurodégénérative à travers le monde et on estimait que ce nombre devrait atteindre les 131,5 Millions d'ici 2050 (World Alzheimer Report, 2015). L'accroissement exponentiel s'explique par le fait que la population mondiale vieillie et que l'espérance de vie ne cesse

d'augmenter. En 2020, la fondation Alzheimer a publié un rapport faisant état de quelques chiffres ; on estime que « *900 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* » et que « *200 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année* » en France. Au niveau mondial, ce même rapport prévoit que le nombre de personnes atteintes de pathologies neurodégénératives représente 50 millions et que 152 millions nouveaux cas seront diagnostiqués parmi lesquels deux tiers seront atteints de la maladie d'Alzheimer (Fondation Alzheimer, 2020). En ce qui concerne les données de prévalence selon le sexe et l'âge, des auteurs ont observé un nombre plus élevé de femmes atteintes de la maladie d'Alzheimer, cela après 70 ans (Dartigues et al., 2002).

1.2. Les symptômes de la maladie

1.2.1. Les troubles cognitifs

La maladie d'Alzheimer est due à des lésions présentes dans le cerveau des malades. Ces lésions comprennent une accumulation de protéines, des pertes neuronales et synaptiques et des altérations qui sont liées aux processus réactifs (Duyckaerts et al., 2009). La progression de la maladie d'Alzheimer est assez prévisible, entrainant des signes cliniques et des dysfonctionnements tels que des troubles de la mémoire et de la personnalité (Castellani et al., 2010). On retrouve dans la clinique une grande variabilité inter-individuelle en fonction des régions cérébrales atteintes. En termes de symptômes, la maladie d'Alzheimer comporte des troubles cognitifs. Ils débutent par des troubles plus ou moins importants de la mémoire. Avec le temps, viennent s'ajouter d'autres troubles tels que la désorientation spatio-temporelle, des troubles phasiques, praxiques, gnosiques ainsi qu'une altération des fonctions exécutives et du jugement.

1.2.2. Les symptômes psychologiques et comportementaux

Les troubles non cognitifs que l'on appelle communément Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence (SPCD), sont définis comme « *évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements* » (Delamarre, 2014). Ces symptômes sont retrouvés, avec les troubles cognitifs, tout au long de la maladie et participent grandement à la perte d'autonomie du malade. Ils représentent l'une des manifestations majeures de cette pathologie (Benoit et al., 2003). Par le passé, on avait tendance à penser que les symptômes neuropsychiatriques de la maladie d'Alzheimer affectaient principalement les personnes atteintes à un stade plutôt avancé de la maladie. Mais on sait désormais qu'ils sont présents de manière assez récurrente à un stade débutant et même dans la phase prodromique (Lyketsos et al., 2011). Bien que ces SPCD diffèrent d'une personne à l'autre, on retrouve parmi eux, de l'agitation, de l'agressivité, une attitude d'opposition verbale ou non verbale, des comportements moteurs aberrants, une désinhibition (HAS, 2009). Mais également une perte d'initiative, de l'apathie, de l'anxiété, une irritabilité, des épisodes d'agitation, des comportements agressifs, des idées délirantes, des hallucinations, des troubles du sommeil, des fugues et dans les stades modérés et sévères on peut retrouver des épisodes confusionnels (Rigaud, 2001). Ils sont la cause principale d'institutionnalisation du patient.

a) L'apathie

Selon certains auteurs, les troubles du comportement sont variés, relativement nombreux et engendrent divers problèmes dans les institutions pour personnes âgées (Benoit et al., 2005). Ils sont très variables d'une personne à l'autre, plus ou moins précoces et arrivent de manière retentissante ou non. Les définitions modernes de l'apathie prennent leur source dans les travaux de Marin (1991), qui la définit comme « *un syndrome clinique dont le processus principal consiste en un déficit persistant de la motivation rapporté par le sujet lui-même ou par l'entourage. Cet état contraste avec le niveau antérieur de fonctionnement du sujet ou les standards d'âge et de culture* ». Cette définition créée une réelle distinction entre ce syndrome et la dépression que l'on retrouve également dans la maladie d'Alzheimer (Derouesné, 2004). Certaines recherches démontrent que l'apathie est le trouble le plus fréquent (Benoit et al., 2004), tandis que pour d'autres auteurs ce serait plutôt l'agitation (Forette & Eveillard, 2005). Les résultats sont encore peu clairs, cependant ces troubles du comportement sont bel et bien une réalité dans le quotidien des patients Alzheimer et peuvent être le signe que la pathologie progresse (Robert et al., 2009). Sa prévalence varie beaucoup en fonction du stade de la maladie d'Alzheimer et des outils utilisés pour son diagnostic. Il a été démontré qu'elle peut atteindre des extrêmes de 32 à 93% en utilisant le NPI comme matériel, alors qu'en utilisant l'Inventaire d'apathie (IA) ces extrêmes se situent entre 24 et 86% (Ishii et al., 2009). En France, le REAL-FR a permis d'étudier l'histoire évolutive de la maladie d'Alzheimer. Dans une première publication, des auteurs rapportent une prévalence de 64% chez 235 sujets avec un MMSE compris entre 11 et 20 (Benoit et al., 2003). Et quelques années plus tard cette même équipe valide ces résultats et distingue l'évolution en fonction du degré d'atteinte cognitive (Benoit et al., 2005). Cependant, son caractère peu perturbateur peut la rendre inaperçue durant une longue période ou être délaissée au second plan des préoccupations thérapeutiques alors qu'elle a un lourd retentissement sur le quotidien du résident.

b) L'agitation et l'agressivité

Le terme d'agitation a été définit comme « *une activité verbale, vocale ou motrice jugée inappropriée et qui ne résulte pas directement des besoins ou de la confusion de la personne agitée* » (Cohen-Mansfield et Billig, 1987). Ce terme englobe un ensemble assez vaste de troubles du comportement, bien que l'apathie ou encore les conduites déficitaires n'en font pas partie. Le comportement est considéré inadapté par une tierce personne s'il est abusif ou agressif, s'il est produit à une fréquence inadéquate ou s'il ne correspond pas aux normes sociales généralement acceptées pour une situation donnée. Une atteinte cognitive marquée, la perte d'autonomie dans la vie quotidienne (Cohen-Mansfield et al., 1989), la présence de sentiments dépressifs ou encore l'inconfort (Buffman et al., 2001) comptent parmi les facteurs associés à davantage d'agitation et peuvent favoriser leur apparition (Cohen-Manfield, 1996). Cohen-Mansfield et al. (1989) ont initialement permis de faire la distinction entre deux principales dimensions de l'agitation ; ils ont distingué l'agressivité de l'agitation, physique ou verbale. Puis ils ont approfondi leur travail en identifiant des sous-types d'agitation par une analyse factorielle exploratoire. L'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfied est alors crée, permettant d'évaluer la fréquence de 29 comportements observables pour une période spécifique. Si différentes méthodes d'évaluation des troubles de la personne âgée existent (Landreville et al., 2000) l'évaluation par un proche de la personne, comme un soignant, est la plus utilisée en raison notamment de sa brièveté et d'un coût d'utilisation peu élevé (Cohen-Mansfield, 1996). Cependant, il n'y a pas réellement de consensus quant à sa terminologie pour désigner les troubles du comportement chez les personnes âgées (Landreville et al., 2000) alors qu'il est couramment utilisé par le chercheur et les soignants.

c) L'anxiété

L'anxiété a été définie comme une « *réaction émotionnelle courante* » se traduisant en général par des modifications physiologiques et comportementales. Elle correspond à un état interne sous tension, qui peut se caractériser de trois manières différentes : « *la perception d'un danger imminent, une attitude d'attente envers ce danger et un malaise psychologique lié à la conscience d'une impuissance face à ce danger* » (Bridou & Aguerre, 2012). Les troubles anxieux font l'objet de descriptions cliniques spécifiques dans les classifications psychiatriques depuis 1980 qui correspond à la publication du DSM-III. Avant cela, les catégories antérieures étaient floues et ont été remplacé par des critères beaucoup plus précis. Parmi les recherches qui ont émergé, l'anxiété des personnes âgées n'a pas fait l'objet de beaucoup de travaux ni de réflexions (Rangaraj & Pelissolo, 2006). On aperçoit cependant une hausse des recherches et publications sur l'anxiété chez les personnes âgées depuis les années 1990 (Bryant, 2008). Cette littérature en augmentation démontre que l'anxiété est hautement présente et associée à une détresse et une morbidité considérable chez cette population (Bryant, 2008). Il a même été démontré que les troubles anxieux sont plus présents que les troubles de l'humeur chez les personnes âgées avec une prévalence jusqu'à deux fois plus élevés (Byers et al., 2010). Il est à noter que le niveau d'anxiété diffère significativement en fonction du sexe. En effet, les femmes sont plus prédisposées à réagir anxieusement. Elle perturbe significativement la vie sociale. Il existe de nombreuses échelles permettant d'évaluer l'anxiété, mais peu d'entre elles sont spécifiques à la population âgée.

La prise en charge des troubles du comportement repose sur les approches non médicamenteuses, favorisant le maintien du lien social, ce que nous allons aborder dans la partie suivante.

2. L'interaction sociale

2.1. Définition

L'expression « *interaction sociale* » est définie comme une « *relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre* » (Marc et Picard, 1996). Autrement dit, ce serait un couplage entre deux ou plusieurs personnes. Ce couplage exercerait des influences sur les personnes et pourrait modifier leurs comportements au sein de cette relation. En psychologie, elle a été définie comme « *Un réseau d'activités générées par le groupe dans lequel l'individu se développe et s'organise* » (Doron & Parot, 1991). Les hommes se sont construits et fonctionnent en groupe et l'ensemble de leurs comportements s'articulent autour de situations collectives. Ainsi, les interactions sociales seraient un moteur entre deux, voire plusieurs personnes et permettraient à des individus de se développer, d'apprendre et de s'épanouir au sein de celui-ci. Des auteurs se sont intéressés à cette interaction sociale.

2.2. Interaction sociale et vieillissement pathologique

L'interaction sociale est très importante, que ce soit auprès de personnes sans pathologie ou pour des patients souffrants de maladies neurodégénératives. Nous le savons, les personnes âgées connaissent des pertes sociales pouvant perturber leurs réseaux de soutien social et de ce fait, nuire à leur qualité de vie. Les bienfaits de ces interactions sociales sont

observables à tous les stades de la maladie. Elles sont par exemple bénéfiques sur l'apprentissage. Duff et al. (2013) se sont intéressés à cela. Ils ont comparé des participantes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade précoce, à des participantes en bonne santé. La tâche, de référencement collaboratif consistait à leur faire apprendre des tangrammes chinois, en les faisant interagir avec un « *partenaire de communication familier* ». L'apprentissage des patientes Alzheimer a été significatif et durable grâce à cet effet d'interaction à un tel point que les participants finissent par ne plus se distinguer des paires de participantes saines. « *Ces sessions de communication interactive fournissent un environnement d'apprentissage puissant avec des implications significatives pour l'intervention de la Mémoire* » (Duff et al., 2013). Ou encore, il a été démontré qu'il pouvait y avoir un lien entre l'interaction sociale et le maintien du score au MMSE (Holtzman et al., 2004). Une étude pilote a été menée par Mabire et al. (2017) afin d'étudier ces interactions sociales auprès d'une population atteinte d'une pathologie neurodégénérative. Pour cela, les auteurs ont observé, grâce à des enregistrements par caméra, les comportements sociaux de 56 résidents. Parmi les 2670 comportements observés, aucun comportement négatif n'a été observé et les auteurs ont pu constater des interactions sociales avec les autres résidents (18,36%) et avec les soignants (12,20%). Cette étude met en évidence que les personnes atteintes d'une pathologie neurodégénérative interagissent naturellement et de manière spontanée avec d'autres résidents et les soignants. Leurs comportements sont positifs et adaptés à la situation sociale. Les auteurs concluent qu'il semble pertinent de proposer à ses résidents des interventions stimulant les interactions sociales, qui selon eux, contribueraient à l'inclusion sociale de ces résidents. Ainsi, les travaux réalisés démontrent la nécessité de maintenir ces interactions sociales dans les institutions pour personnes âgées.

2.3. L'intérêt du groupe

Certains auteurs se sont intéressés aux bienfaits de la constitution de groupes afin de prendre en charge des patients atteints de pathologies neurodégénératives. Par exemple, une étude a voulu démontrer l'impact d'un entrainement cognitif informatique et d'une interaction sociale sur des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives à un stade léger à modéré. Pour cela, ils ont recruté 10 participants dont 5 participants qu'ils ont réparti au hasard dans un groupe à forte interaction sociale et les 5 autres dans un groupe à faible interaction sociale. Ils ont ensuite évalué plusieurs variables : leurs capacités cognitives, leurs symptômes neuropsychiatriques et leur qualité de vie. Les scores moyens du groupe à forte interaction sociale ont augmenté comparativement au groupe à faible interaction lors de l'évaluation des capacités cognitives. De plus, les auteurs ont mis en évidence une réduction globale de la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques dans les deux groupes (Rouse et al., 2019). Une étude de 2013, a mis au point une intervention non médicamenteuse innovante, en s'appuyant sur plusieurs approches sociothérapeutiques telles que la musicothérapie, la réminiscence, la relaxation. L'objectif de cette étude était de tester l'efficacité du programme sur les troubles du comportement les plus fréquents, c'est-à-dire l'agitation, l'anxiété, la dépression et l'apathie. Les auteurs ont réparti au hasard 12 participants dans le groupe « programme Voix d'or » et 12 autres participants dans un groupe « contrôle ». Chaque participant a bénéficié de 5 séances de 30 minutes par semaine constituées de 2 à 4 participants. Ils ont permis de mettre en évidence une diminution significative de l'anxiété (Delphin Combe et al., 2013). D'autres études se sont intéressées à l'intérêt des interventions psychosociales afin d'examiner comment elles pouvaient avoir un impact sur des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives. 36 sujets ont été recrutés pour cette étude qui s'est déroulée durant 5 semaines. Les interventions proposées durant ces semaines étaient multiples. Des exercices cognitifs, de la réminiscence, de la stimulation sensorielle, des activités manuelles

(puzzles), des commentaires d'images, la lecture du journal, des chants et des discussions relativement libres. Il a été démontré que grâce à ces interventions, l'interaction sociale a considérablement augmenté entre les soignants et les résidents et qu'elles ont permis l'augmentation significative des conversations de fond (Mabire et al., 2021). Ces résultats vont dans le sens de l'importance du maintien du lien social au sein des institutions ; il a été démontré que le fait d'être atteint d'une pathologie neurodégénérative n'éliminait pas automatiquement la possibilité pour le malade d'avoir une moins bonne santé sociale (Vernooij-Dassen et Jeon, 2016). Ces différentes études montrent ainsi l'intérêt de l'interaction sociale chez les personnes souffrantes de maladies neurodégénératives.

Ainsi, il été démontré dans plusieurs travaux, l'intérêt d'une prise en charge basée sur l'interaction sociale en constituant des groupes pour les patients atteints de maladies neurodégénératives. Toutefois, il n'y a toujours pas de consensus concernant cette méthodologie. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré l'intérêt d'une prise en charge individuelle. C'est par exemple le cas de l'étude de Backer et al., 2003 qui se sont intéressés à la stimulation multisensorielle en individuel. Dans leur travail, les participants ont été inclus de manière aléatoire à 8 séances de stimulation multisensorielle ou d'activités. Bien qu'il n'y ait pas de différence globale entre les deux groupes à court terme, dans les deux groupes, leur état de santé s'est amélioré après 4 semaines, mais c'est détérioré après l'arrêt des séances. Cette étude met en évidence un potentiel avantage positif des séances individuelles. Plusieurs études se sont intéressées à la musicothérapie. L'une d'entre elles a exposé 20 sujets agités à 15 minutes de musique apaisante. Ce travail a mis en évidence une réduction statistiquement significative de l'agitation (Tabloski et al., 1995). Une autre étude a effectué un suivi sur 24 semaines de séances hebdomadaires de musicothérapie en individuel sur la dépression et l'anxiété. Elle a mis en lumière une des améliorations significatives de l'anxiété et de la dépression chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré (Guetin et al., 2009).

3. Une prise en charge non médicamenteuse : les ateliers thérapeutiques

3.1. Définition

Lorsque des troubles du comportement sont observés chez des résidents Alzheimer, deux types de prises en charge sont possibles : une prise en charge pharmacologique, qui peut s'avérer délétère pour les résidents. Ou une prise en charge non médicamenteuse, qui serait à privilégier (HAS, 2009). Ces thérapies non médicamenteuses sont des alternatives à la mise en place de traitements pharmacologiques. Elles peuvent avoir une visée psychologique et sociale ou comportementale et cognitive pour le patient (Kals-Godley & Gatz, 2000). Concernant les patients atteints de pathologies neurodégénératives institutionnalisés, elles réunissent différentes approches qui peuvent parfois s'avérer complémentaires (Wenish et al., 2005). Ces méthodes de prise en charge ont pour but d'améliorer les troubles cognitifs et de réduire les troubles du comportement. Leurs bénéfices espérés sont la prévention de l'autonomie fonctionnelle et des échanges sociaux mais également un soulagement pour les équipes soignantes ou les aidants familiaux (Doody et al. 2001). Le champ d'application des interventions non médicamenteuses basées sur le patient dans la maladie d'Alzheimer ou syndrome apparentés est large et couvre principalement : le renforcement des capacités cognitives, psychoaffectives et sociales encore préservées, la réduction des SPCD, la conservation d'une activité sociale, l'amélioration de la confiance et de l'estime de soi et la factorisation de la sécurité, de l'autonomie et de la qualité de vie du résident (Hugonot-Diener, Piccoli & Rougeul, 2020).

3.2. Intérêt des prises en charge non médicamenteuses

Parmi les approches non médicamenteuses, nous retrouvons l'activité physique, la médiation animale, la musicothérapie, la stimulation multisensorielle, l'art-thérapie qui ont mis en évidence des résultats prometteurs pour la prise en charge des SPCD. L'étude d'Oliveira et al., 2015 s'est intéressée aux travaux impliquant des prises en charges non médicamenteuses au cours des dix dernières années. Il a notamment été démontré que l'agitation était le trouble du comportement le plus réactifs à ces interventions. Au terme de leurs recherches, les auteurs ont conclu que les prises en charges non médicamenteuses étaient capables de mettre en évidence des résultats satisfaisants dans la réduction des SPCD. De plus, ces interventions auraient une efficacité importante et significative. Une étude récente sur ces interventions non médicamenteuses a été mené dans des établissements de soins de longue durée. Les auteurs se sont intéressés à l'effet de l'interaction sociale, sur les SPCD. Dans ce travail, l'interaction sociale était déterminée par la participation des résidents à des programmes de loisirs et d'activités diverses (anniversaires, exercices physiques, musicothérapies, jeux…). Mais également les relations des participants avec d'autres résidents ainsi que la qualité de ces relations et enfin, la fréquence des contacts avec leurs proches (Arai et al., 2021). Cette étude a démontré que différents moyens d'interaction sociale pourraient exercer une influence sur les SPCD et que des liens fréquents avec les proches des résidents pourraient prévenir l'augmentation de la gravité de ces symptômes. Ainsi, des approches psychosociales personnalisées seraient prometteuses pour réduire certains symptômes spécifiques des SPCD, bien que le consensus sur l'efficacité globale reste limité.

3.3. L'art-thérapie

L'art-thérapie est relativement récente et émerge au début du 20e siècle dans les pays anglo-saxon (Platel, 2010). Nous devons la naissance de cette pratique à deux personnes. Adrian Hill, un artiste britannique considéré comme le fondateur de cette pratique en Angleterre. Il a découvert par hasard les bienfaits de l'activité artistique à la suite de sa propre expérience. Margaret Naumburg, une psychologue américaine est quant à elle considérée comme la fondatrice de cette pratique aux Etats-Unis. Ainsi, les premiers ateliers d'art-thérapie se sont mis en place en Angleterre, aux Etats-Unis et au Brésil dans les années d'après-guerre (Dubois, 2013). En France, le terme « *d'art thérapie* » fut longtemps réservé à l'utilisation du dessin et de la peinture, c'est-à-dire aux arts plastiques dans le domaine de la psychiatrie. Ce n'est qu'en 2011 qu'elle fut introduite dans des masters spécialisés en Art-thérapie (Lecourt & Lubart, 2017). Elle est définie par la Fédération Française des Art-thérapeutes comme « *une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique* » (SFAT, 2022). Dans cette pratique, selon cette même fédération « *L'art se met au service du soin pour renouer une communication, stimuler les facultés d'expression et dynamiser les processus créatifs de la personne* ». Elle utilise des techniques telles que le dessin, la peinture, le modelage, le collage (Sciarini, 2004). Elle peut être réalisée de manière individuelle et/ou en groupe (Rivault, 2019).

3.3.1. L'art-thérapie et la maladie d'Alzheimer

a) Les objectifs de l'art-thérapie

L'art-thérapie se veut dynamique, mettant le corps du patient au cœur de ces pratiques. Elle a dans un premier temps été pensé pour des patients sans pathologie particulière. Cependant depuis quelques années, un intérêt croissant de ces

pratiques émerge auprès de patients cérébrolésés et particulièrement auprès de résidents d'EHPAD atteints de maladies neurodégénératives (Platel, 2011). C'est une pratique unique dans le traitement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en raison de son mode d'expression non-verbal (Stewarts, 2004). Le principal objectif de cette forme de thérapie est de réduire les troubles du comportement. En termes de travaux, c'est dans le domaine musical que les recherches neuropsychologiques sont allées le plus loin (Lechevalier et Platel, 2010). La musique est un stimulus sensoriel structurellement et émotionnellement riche. C'est pourquoi elle a tant de bénéfice sur les patients. Les ateliers créatifs permettent ainsi aux patients d'être dans l'instant, c'est ce présent qui domine toute la dynamique de l'atelier. Cela est d'autant plus important avec des personnes souffrantes d'une maladie d'Alzheimer, où les repères temporels ne sont pas toujours bien définis *« Le temps place chaque séance dans un nouveau à chaque fois recommencé »* (Laurin, 2004). Il existe d'autres objectifs tels que rompre l'isolement des personnes qui ne participent plus forcément aux diverses activités mises en place par les institutions, donner accès à ces personnes à un autre langage, de pouvoir mettre en avant leur créativité en leur permettant d'imaginer et d'inventer des choses. Également de retrouver des temps et des espaces où ils peuvent être acteur. Ainsi, l'art thérapie est une réelle ouverture sur le monde et d'autant plus pour les personnes souffrantes d'une pathologie neurodégénérative. L'acte de créer, d'inventer, de manier, leur permettent de réinvestir des objets extérieurs qui ne faisaient plus forcément partie de leur quotidien et les médias sont tels que de la peinture, du dessin, de l'écrire, du modelage (Boyer-Labrouche, 2017). Elle permet également d'augmenter la qualité relationnelle et d'interaction sociale de ces patients, phénomène qui est aussi à l'œuvre dans certains ateliers peintures (Platel, 2011).

b) L'art-thérapie, un intérêt démontré

Plusieurs études ont démontré les effets bénéfiques de l'art-thérapie auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Une étude pilote a été mené sur un échantillon de deux groupes : un groupe d'art thérapie et un groupe contrôle. Durant dix semaines, les auteurs se sont intéressés à tous les changements observables concernant les comportements, l'humeur et la cognition. Cette étude a permis de démontrer une diminution des symptômes dépressifs ainsi qu'une amélioration générale de l'humeur (Waller, 2002). Une seconde étude rapporte les résultats de l'évaluation d'un programme d'art auprès de personnes atteintes de maladies neurodégénératives. L'objectif était de voir si la participation à une activité artistique contribuait à une amélioration du bien-être. Ce travail a démontré que la participation au programme a contribué à l'augmentation du sentiment de bien-être. Il ne s'agissait pas d'art-thérapie à proprement parlé, toutefois, ces résultats vont dans le sens de la littérature concernant les facteurs thérapeutiques du processus créatif auprès de sujets atteints de pathologies neurodégénératives (Rentz, 2002). Il a également été démontré que la créativité de certains patients peut se développer durant la maladie ou encore qu'elle puisse se modifier comparativement aux capacités passées. Deux médecins ont mis en évidence que des artistes atteints de la maladie d'Alzheimer ont modifié leur style artistique avec un majoration de la liberté sans que leur créativité ait été diminué. Ils ont également démontré que la créativité peut se développer chez des personnes qui n'avaient pas de bagage artistique avant la maladie. (Sellal & Musacchio, 2008). Enfin, Lesniewska, 2003 a démontré les bénéfices de l'art thérapie sur l'humeur et les symptômes dépressifs. Dans cette étude, elle souligne le fait que ces bénéfices sont imputables à la création d'un produit concret et socialement valorisé, qui devient source de fierté devant l'entourage et la famille.

c) Les limites de cette prise en charge non médicamenteuse

Les interventions non médicamenteuses sont de bonnes alternatives aux traitement pharmacologiques dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, qui serait en ce sens à privilégier (HAS, 2009). Toutefois, les études qui mettent en évidence les effets de ces interventions sont peu nombreuses et la qualité de leur méthodologie discutée (Delphin-Combe et al., 2013). En effet, le nombre d'études est limité et les méthodologies semblent insuffisantes pour permettre d'observer correctement l'efficacité de ces méthodes (ANAES, 2003). De ce fait, plusieurs aspects tels que « *le nombre d'essais prospectifs randomisé, la taille des échantillons, la précision des protocoles* » (Dorenlot, 2006) n'apportent qu'une vision limitée de ces interventions. Aucune approche n'a donc fait preuve d'une quelconque efficacité. Toutefois, certaines pistes sont prometteuses et depuis plusieurs années, on repère un croissant intérêt pour l'art-thérapie. Notamment chez des patients atteints de maladies neurodégénératives vivant en institution où le nombre d'ateliers d'art-thérapie se sont multipliés. Mais nous ne savons pas spécifiquement les effets des pratiques de l'art-thérapie sur la diminution de ces troubles (Platel, 2011).

Problématique

Comme nous avons pu le constater, la maladie d'Alzheimer s'accompagne de nombreux troubles du comportement, très variables d'un individu à l'autre, qui s'accentuent au fil de l'avancée de la maladie. Ces troubles du comportement ne sont pas toujours pris en charge par les institutions de manière optimale, bien que de nombreuses études aient souligné les bienfaits des prises en charge non médicamenteuses (Kals-Godley & Gatz, 2000 ; Oliveira et al., 2015). Pour réduire les SPCD, il a été démontré que l'interaction sociale pouvait exercer une influence sur ces troubles (Arai et al., 2021). Ainsi, ces prises en charge à faible ou forte interaction peuvent réduire de manière globale la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques (Rouse et al., 2019). Toutefois, il n'y a pas de consensus dans la littérature et nous trouvons aussi bien un intérêt d'une prise en charge individuelle (Backer, 2003 ; Tabloski et al., 1995), qu'une prise en charge en groupe (Delphin-Combe et al., 2013). Les études portant sur les prises en charges non médicamenteuses sont nombreuses, démontrant les bienfaits de celle-ci dans le champ du vieillissement pathologique. Toutefois, nous ne savons pas à l'heure actuelle si les prises en charge individuelles sont à préconiser ou si, à l'inverse, les prises en charge de groupes seraient plus efficaces. Ainsi, il est difficile de pouvoir proposer une prise en charge adéquate permettant de réduire les troubles du comportement chez ces résidents, leur permettant une meilleure qualité de vie, ainsi qu'une meilleure prise en charge par les équipes soignantes.

En ce sens, nous tenterons de répondre à la problématique suivante : Est-il possible de réduire les troubles du comportement chez les sujets souffrants de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré, en ayant recours à une prise en charge non médicamenteuse de type art-thérapie à forte interaction sociale ?

Hypothèses

Au regard de la littérature et des études évoquées précédemment, nous avons évoqués les hypothèses suivantes :
Nous nous attendons à ce que dans les deux groupes ayant bénéficiés d'une prise en charge non médicamenteuse, nous observions une réduction des troubles du comportement de type apathie, anxiété et agitation.

- Nous supposons que cette prise en charge, pratiquée en groupe ou en individuelle aura un effet bénéfique sur l'apathie, évaluée par l'IA.
- Nous admettons que cette prise en charge, pratiquée en groupe ou en individuelle aura un effet sur l'anxiété, évaluée par l'échelle d'Hamilton.
- Nous prévoyons que cette prise en charge, pratiquée en groupe ou en individuelle aura un effet sur l'agitation, évaluée par l'inventaire de Cohen-Mansfield.

Nous postulons également, au vu des bénéfices prouvés de l'interaction sociale, que ces réductions des troubles du comportement seront plus importantes chez les participants ayant bénéficiés des séances à forte interaction sociale c'est-à-dire en groupe. Comparativement aux participants ayant bénéficiés des séances à faible interaction sociale, c'est-à-dire en individuel.

- Ainsi, nous nous attendons à ce que le scores de l'IA, évaluant l'apathie, soient inférieurs entre le pré-test et le post-test chez les sujets ayant bénéficiés d'une forte interaction sociale.
- Nous prévoyons que les scores de l'échelle d'anxiété, soient inférieurs entre le pré-test et le post-test chez les sujets ayant bénéficiés d'une forte interaction sociale.
- Enfin, nous nous attendons à ce que les scores de l'inventaire de Cohen-Mansfield, évaluant l'agitation et l'agressivité soient inférieurs entre le pré-test et le post-test chez les sujets ayant bénéficiés d'une forte interaction sociale.

Partie expérimentale

1. Méthodologie

1.1. Participants

	N	Moyenne d'âge (σ)	Moyenne scores MMSE	Âge minimum	Âge maximum	Hommes	Femmes
Sujets à faible interaction sociale	4	85,5 ans (7,59)	14,25/30	76	93	1	3
Sujets à forte interaction sociale	5	80,4 (4,97)	14,4/30	74	90	1	4

Les données de cette étude ont été recueillies auprès de 9 participants. Au terme d'un recueil anamnestique, chacun d'entre eux a été inclus dans deux groupes. Un groupe à faible interaction sociale dont les séances se déroulaient en individuel et un groupe à forte interaction sociale dont les séances se déroulaient en groupe. Le recrutement des participants a été effectué dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La rencontre avec les participants se faisait en fonction des activités de la journée au sein de l'institution et lors d'une période d'observation au sein de l'Unité de Vie Protégée. Ces participants ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants. Ils devaient être diagnostiqués comme étant atteints de la maladie d'Alzheimer par un médecin. Ils devaient présenter des troubles cognitifs globaux objectivés par un score au MMSE égal ou inférieur à 15/30 correspondant à un stade modéré de la pathologie. Des troubles du comportement devaient être soulevés, avec un retentissement dans la vie quotidienne ou la prise en charge des soignants. De ce fait, le NPI-ES devait être concordant avec les troubles du comportement que nous ciblons dans l'étude. Pour finir, ils devaient bien maîtriser la langue française. A contrario, les participants ne devaient présenter, ni de trouble moteur, ni de trouble la compréhension, ni de trouble sensoriel, incompatibles à la réalisation des ateliers. Ils ne devaient pas être atteints d'une autre pathologie neurodégénérative ou autre affection neurologique.

1.1.1. Présentation des participants

a) Madame K

Madame K. est âgée de 74 ans. Elle est institutionnalisée depuis 2020. Elle souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade modéré, avec d'importants troubles du comportement. Elle a un score au MMSE de 15/30 avec un profil cognitif marqué au premier plan par une importante désorientation spatio-temporelle, à laquelle s'ajoute une atteinte mnésique antérograde. Elle présente un niveau socio-culturel de niveau 3 ; a obtenu son baccalauréat. Elle a exercé en tant que professeure de français. Elle souffre également d'une forte dépendance à l'environnement. Elle a des troubles du comportement se caractérisant par de l'agitation. Parmi ceux que l'on retrouve le plus chez cette dame selon le CMAI : elle cherche à saisir, déambule, a de nombreuses attitudes répétitives, agitation généralisée, une recherche constante d'attention très importante chez elle. Mais aussi une agitation verbale non agressive avec de la répétition de mots ou de phrases, elle se plaint beaucoup, émet des bruits bizarres et peut pousses des hurlements. Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 117/203 au début du protocole de recherche.

b) Madame M

Madame M. est une femme âgée de 84 ans qui a intégré l'unité de vie protégée à la fin de l'été 2021. Elle présente un niveau socio-culturel antérieur de niveau 1 ; elle a obtenu son certificat d'études. Elle fut patronne d'une boulangerie-pâtisserie. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Elle a un score au MMSE de 13/30 avec un profil cognitif marqué par une désorientation spatio-temporelle et une atteinte mnésique antérograde. Son NPI-ES met en avant une importante agressivité et agitation. Madame M. a des troubles du comportement la rendant agitée et parfois agressive. Cela se traduit au quotidien par de la déambulation, des attitudes répétitives, elle se déshabille et se rhabille, elle essaie de fuguer. Elle a des conduites d'agitation généralisée, elle se plaint beaucoup, répètes des mots et des phrases. Elle peut présenter de l'agressivité physique telle que donner des coups et des coups de pied, elle bouscule et

blesse d'autres résidents… (Selon l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield). Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 118/203 au début du protocole de recherche.

c) Madame G

Madame G. est âgée de 76 ans et est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis 2016 à un stade modéré avec des troubles cognitifs importants ainsi que des troubles neurocomportementaux perturbateurs. Elle est institutionnalisée depuis septembre 2021. Son score au MMSE est de 14/30. Son NPI-ES met en avant une importante apathie. Madame présente un niveau socio-culturel antérieur de niveau 3. Elle a obtenu le baccalauréat puis a tenu un complexe hôtelier en Martinique. Madame est très apathique et c'est pour cette raison qu'elle a été intégrée au protocole de recherche. Son score à l'inventaire d'apathie version soignante est de 22/24, mettant en évidence un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêts.

d) Monsieur G

Monsieur G. est âgé de 84. Il est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 2016 et vit en unité de vie protégée en raison d'une forte aggravation de ces troubles cognitifs et comportementaux avec beaucoup d'errance. Monsieur a obtenu son certificat d'études puis a été technicien de l'armée de l'air. Il a un score au MMSE de 15/30, avec un profil cognitif marqué par une atteinte mnésique antérograde à laquelle s'ajoute une désorientation spatio-temporelle. Son NPI-ES met en avant une importante agressivité et agitation. Monsieur G. est très agité au quotidien avec des excès d'agressivité quand d'autres résidents sont trop intrusifs. Les comportements les plus courants chez ce Monsieur sont les attitudes répétitives avec beaucoup de répétitions de mots ou de phrases, il donne des coups et bouscule les autres résidents. Il jure très souvent, connaît des attitudes d'opposition et pousse des hurlements de mécontentement. Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 107/203 au début du protocole de recherche.

e) Monsieur R

Monsieur R. est arrivé au sein de l'UVP il y a un an en raison de l'évolution de sa maladie d'Alzheimer et qui engendrait un danger pour lui en raison de ses nombreuses fugues. Il a obtenu son certificat d'études puis a été militaire. Il a un score au MMSE de 15/30 avec un profil cognitif marqué par une importante désorientation spatio-temporelle et une atteinte mnésique antérograde. Son NPI-ES met en avant une importante agressivité et agitation. À l'inventaire d'agitation, les items les plus récurrents chez ce Monsieur sont les avances sexuelles physiques, les attitudes répétitives, l'agitation générale, l'amassement d'objets. De nombreuses formes d'agitation verbales non agressives telles que des plaintes et des avances sexuelles verbales. Mais également une agitation et agression verbales avec des insultes et des hurlements et peut se montrer agressif physiquement (donner des coups, bousculer, griffer…). Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 111/203 au début du protocole de recherche.

f) Madame Z

Madame Z. est âgée de 76 ans. Elle présente un niveau socio-culturel antérieur de niveau 3 ; a obtenu son baccalauréat puis a fait une licence de lettres. Elle a ensuite tenu une entreprise de stands de restauration sur les foires et événements

nationaux. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Elle a intégré l'établissement et l'UVP en septembre 2021. Son score au MMSE est de 14/30 mettant en évidence une désorientation spatio-temporelle et une atteinte mnésique antérograde. La pathologie s'accompagne de nombreux troubles du comportement qui rendent son comportement inadapté et rendant difficile la vie en UVP. Son NPI-ES met en avant une importante agressivité et agitation, qui sont les troubles les plus importants chez cette dame qui n'accepte pas que l'on n'aille pas dans son sens. Elle peut très facilement avoir des conduites d'agressivité physique et verbale quand elle n'est pas satisfaite du comportement de la personne en face. Elle veut très souvent fuguer de l'unité de vie protégée. Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 145/203 au début du protocole de recherche.

g) Monsieur F

Monsieur F. est un homme âgé de 83 ans, il est atteint de la maladie d'Alzheimer et est institutionnalisé au sein de l'UVP depuis le début de l'année 2021. Il a un niveau socio-culturel antérieur de niveau 3 ; a obtenu son baccalauréat puis a été architecte. Il a un score au MMSE de 14/30, reflétant un stade modéré de la pathologie. Son NPI-ES met en avant une anxiété importante, très fréquente, avec un retentissement sévère sur sa prise en charge et qui dégrade énormément sa qualité de vie. Lors de la première passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, avant le début des séances d'art-thérapie, son score est de 38/56, représentant une anxiété grave. Monsieur F. a un score élevé de 4 à l'humeur anxieuse, la tension, l'humeur dépressive. Et un score de 3 pour les craintes, l'insomnie, la dysfonction intellectuelle, les symptômes sensoriels, les symptômes cardio-respiratoires, respiratoires, les symptômes neuro-végétatifs et aux comportements observés lors d'entretiens.

h) Madame M

Madame M. est âgée de 93 ans et souffre d'une maladie d'Alzheimer. Elle est institutionnalisée depuis fin 2016 à la suite d'une perte d'autonomie importante rendant la vie à domicile impossible. Elle présente un niveau socio-culturel antérieur de niveau 1 ; elle n'a pas obtenu son certificat d'études et a été agricultrice au sein d'une exploitation familiale. Son score au MMSE est de 13/30, avec un profil cognitif marqué par une atteinte mnésique antérograde ainsi qu'une désorientation spatio-temporelle. Son NPI-ES met en avant une importante apathie. Madame M. est décrite comme peu bavarde dans la vie communautaire mais parle plus facilement lors des soins. Son score à l'inventaire d'apathie version soignante est de 23/24, mettant en évidence un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêts au début du protocole de recherche.

i) Madame F

Madame F. est une femme âgée de 90 ans. En 2019, elle intègre l'UVP à la suite de l'évolution de sa maladie d'Alzheimer. Elle présente un niveau socio-culturel antérieur de niveau 3 ; elle a obtenu le baccalauréat puis a été styliste. Elle a un score au MMSE de 15/30 mettant au premier plan une désorientation spatio-temporelle avec de nombreux plongeons antérogrades. Son NPI-ES met en avant une importante anxiété. On ne retrouve pas de symptôme physique lié à cette anxiété tels que des symptômes musculaires, respiratoires ou sensoriels. Son score à l'échelle d'Hamilton est à 33/56, représentant une anxiété grave à sévère. On retrouve chez Madame F. de nombreuses craintes,

une humeur dépressive avec un manque d'intérêt et une certaine tristesse. On note aussi la présente de tensions et d'insomnies au début du protocole de recherche.

1.2. Matériel

Dans l'optique de répondre au mieux à notre problématique et de tester nos hypothèses, nous avons choisi d'utiliser cinq outils ; Le MMSE qui nous a permis d'évaluer le niveau cognitif global des participants et ainsi d'obtenir un stade d'évolution de la pathologie. Le NPI-ES dont le but était de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des personnes vivant en institution. Puis 3 échelles afin d'évaluer les troubles du comportement qui nous intéressent dans le cadre de cette recherche ; l'IA nous permettant d'évaluer l'apathie, l'échelle de Cohen-Mansfield pour évaluer l'agitation puis l'échelle d'Hamilton pour coter l'anxiété. Ces trois échelles ont été remplies en hétéro évaluation, compte tenu des critères d'inclusion c'est-à-dire le stade modéré de la maladie chez nos participants.

1.2.1. Le MMSE

Le MMSE a été mis au point par Folstein., Folstein., et McHugh en 1975. Il permet l'évaluation du fonctionnement cognitif global. Les exercices sont présentés dans un ordre défini et sont regroupés par catégorie : l'orientation spatio-temporelle, la mémoire, l'attention, le calcul, le langage et les praxies constructives. Il contient 30 items et 1 point est accordé par bonne réponse. Un score à 24 indique la présence de troubles cognitifs (Folstein et al., 1975). Cependant, le score total est susceptible d'être influencé par l'âge, le genre et le niveau socio-culturel. Il est donc conseillé d'utiliser des normes qui tiennent compte de ces facteurs afin d'augmenter la sensibilité et la spécificité du test (Hudon et al., 2009).

1.2.2. L'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes (NPI-ES)

Cet outil élaboré par Cummings en 1994 est un instrument validé pour l'évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux lorsqu'un diagnostic de pathologie neurodégénérative a été posé. Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de pathologies neurodégénératives. Le NPI-ES a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Dix domaines comportementaux (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur et comportement moteur aberrant) et deux variables neurovégétatives (sommeil et appétit/troubles de l'appétit) sont pris en compte dans le NPI-ES. L'évaluation est faite en hétéro-évaluation. Le questionnaire se base sur les réponses du membre référent de l'équipe soignante, impliqué dans la prise en charge du résident.

1.2.3. L'inventaire d'Apathie (IA)

L'IA est un instrument qui permet d'évaluer de manière précise et rapide l'apathie chez des sujets âgés souffrant de pathologies cérébrales (Robert et al., 2002). Il évalue trois dimensions cliniques de l'apathie que sont l'émoussement émotionnel, la perte d'initiative qui est le plus commun et la perte d'intérêts par rapport à un état antérieur de l'individu,

depuis le début de la maladie. Ces dimensions peuvent être directement observées par l'accompagnant ou un soignant et sont, de ce fait, susceptibles d'être aussi évaluées dans les détériorations sévères. L'IA est construite sur le modèle de l'item « *apathie* » du NPI avec un score de fréquence par gravité. Il se compose de questions et si une réponse est positive, une évaluation de la fréquence et de la gravité est alors effectuée. Il est ainsi possible d'obtenir 4 scores et pour chacune des trois dimensions, le score fréquence/gravité sur 12 et un score global sur 36 correspondants à la somme des trois scores. Nous utiliserons ici la version « *soignante* » qui est réalisée en hétéro-évaluation, directement par le soignant lors d'une observation durant la journée qui suit les séances d'art-thérapie.

1.2.4. L'échelle de Cohen-Mansfield

Le CMAI est une échelle mise au point par Cohen-Mansfield en 1991 afin d'être utilisée dans les institutions. Il permet une objectivation spécifique des manifestations d'agitation grâce à l'évaluation de 29 items dont l'agitation physique non agressive, l'agitation verbale non agressive, l'agitation et agressivité physiques et enfin l'agitation et agressivité verbales. Il peut être réévalué à tout moment, vu sa bonne reproductibilité. Le score maximal est de 203 et son intérêt est d'évaluer le patient sur une durée déterminée pour apprécier la mise en place d'un traitement ou des mesures adaptées à ses troubles du comportement. Parmi le grand nombre de méthodes d'évaluation des troubles du comportement chez la personne âgée au contenu large et global, le CMAI fait figure d'exception car il est bien spécifique à l'agitation. Il est applicable en recherche comme en clinique et sert entre autres à évaluer les résultats d'une intervention, de préciser les comportements agités d'une personne et de documenter les variables associées à l'apparition du trouble du comportement. Cet outil est administré en questionnant le membre de l'équipe soignant impliqué dans la prise en charge du résident durant la passation du protocole de recherche.

1.2.5. L'échelle d'anxiété d'Hamilton

L'échelle d'anxiété d'Hamilton est l'un des questionnaires psychologiques les plus couramment utilisés pour clarifier le degré d'anxiété dont souffre une personne. Il s'agit d'une ressource utile et très efficace pour évaluer l'état du patient, ses symptômes psychosomatiques, ses peurs et ses processus cognitifs. Elle a été conçue en 1959 par Max R. Hamilton est toujours l'une des plus utilisées aujourd'hui. Elle se compose de 14 items. Chaque question a cinq options de réponse, allant de « absent » à « intensité maximale ». Un score de 17 ou moins, indique une légère anxiété. Un score entre 18 et 24 points, indique un état d'anxiété modéré. Et enfin, un score entre 24 et 30 indique un état d'anxiété grave. L'évaluation est généralement faite toutes les deux semaines, ici elle a été administrée après chaque atelier d'art-thérapie. Elle a été passé en questionnant le membre de l'équipe soignant impliqué dans la prise en charge du résident durant la passation du protocole de recherche.

1.3. Procédure

Pour le protocole de ce travail de recherche, les sujets étaient institutionnalisés dans un Ehpad situé dans le Bas-Rhin. Les proches des participants ont dû signer un consentement libre et éclairé, après avoir été renseigné sur les objectifs et la procédure de l'étude à l'aide d'une note d'informations transmise par e-mail ou lors d'entretiens, conformément au code de déontologie des psychologues (2021).

Dans un premier temps, le MMSE a été administré afin de déterminer la sévérité de la MA et pour s'assurer que le participant entrait dans les critères d'inclusion. L'hétéro-questionnaire NPI-ES a été rempli avec chaque soignant référent des participants de l'étude, lors d'entretiens individuels. Une fois les questionnaires administrés, deux groupes ont été créé ; un groupe de personnes ayant bénéficié d'une faible interaction sociale en pratiquant des ateliers d'art-thérapie en individuel. Ainsi qu'un groupe de personnes ayant bénéficié d'une forte interaction sociale en pratiquant des ateliers d'art-thérapie en groupe.

Ces groupes ont été créé en fonction des troubles du comportement et des personnalités de chacun ; les personnes ont été choisies car elles ont toujours eu un attrait pour la création, la production de dessins, selon les informations récoltées au début du protocole. Cinq séances d'art-thérapie ont été mise en place, sur une durée de 5 semaines à raison d'un atelier par semaine pour chaque participant. Afin de rendre compte de l'état comportemental de chaque participant, des échelles ont été remplies à l'aide du soignant en charge du participant tout au long de la procédure afin d'éviter des biais de perception. Le choix de chaque échelle dépendait du trouble du comportement du participant et cela afin de quantifier le trouble avant l'atelier puis après celui-ci, pour en mettre en évidence une réduction ou non du trouble.

2. Résultats

L'objectif de cette étude consistait à savoir dans un premier temps les ateliers d'art-thérapie pouvaient avoir un impact sur les troubles du comportement de type apathie, anxiété et agitations chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Puis, plus spécifiquement, de voir si une forte interaction sociale pouvait mettre en évidence une plus importante réduction sur ces troubles du comportement comparativement à une faible interaction sociale.

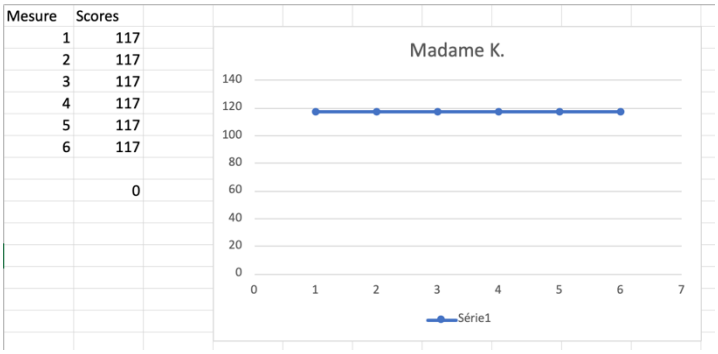
Compte tenu du faible échantillon de participants recrutés dans le cadre de cette recherche et de l'incapacité de créer des groupes appariés, nous avons décidé de réaliser une étude de cas multiple, plutôt qu'une comparaison inter-groupe. Nous allons ainsi présenter l'évolution de chaque participant durant les cinq semaines d'ateliers. Pour ce faire, les mesures effectuées avant le début du protocole puis après chaque séance sont représentées dans des graphiques à nuages de points.

2.1. Résultats des participants ayant bénéficiés des séances en groupe

a) Madame K

En début de protocole, Madame K. a obtenu un score total de 117/203 à l'inventaire de Cohen-Mansfield. Parmi les manifestations les plus importantes chez elle, on retrouve de la déambulation, de nombreuses attitudes répétitives, une agitation généralisée, une recherche constante d'attention. Au niveau verbal, on note une agitation non agressive avec d'importantes répétitions de mots ou de phrases, elle se plaint beaucoup. L'ensemble de ces manifestations a été observé

durant l'ensemble des séances proposées à Madame K. En effet, lors de sa participation aux séances d'art-thérapie, ce sont des comportements qui sont apparus tout au long des séances. Madame K. a sollicité l'art-thérapeute à chaque moment qu'elle échangeait avec un autre participant. Lorsqu'elle n'était pas au centre de l'attention, elle désirait quitter la pièce pour retourner à l'UVP. Elle répétait beaucoup les mêmes propos. La dépendance à l'environnement a été très marqué chez cette participante. De ce fait, les ateliers ont plutôt exacerbé certains comportements plutôt que de les atténuer.

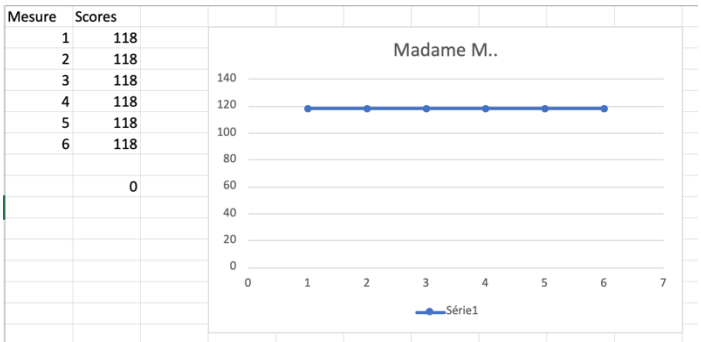


Graphique 1. Mesures de Madame K. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Ainsi, aucun bénéfice de l'art-thérapie pratiqué en groupe n'a été observable chez cette participante. L'ensemble des mesures restent identiques. Comme on peut le voir, aucune diminution n'est observable lors des évaluations post-ateliers. Les soignantes n'ont observé aucune amélioration de l'agitation.

b) Madame M

En début de protocole, Madame M. a obtenu un score total de 118/203 à l'inventaire de Cohen-Mansfield. Pour rappel, ses troubles se traduisent au quotidien par de la déambulation, des attitudes répétitives, elle se déshabille et se rhabille, elle essaie de fuguer. Elle a des conduites d'agitation généralisée, elle se plaint beaucoup, répètes des mots et des phrases. Elle peut également présenter de l'agressivité physique telle que donner des coups et des coups de pied, elle bouscule et blesse d'autres résidents. L'ensemble de ces manifestations n'a pas été observé durant les ateliers. En effet, lors de ses participations, elle se montre adaptée et ses comportements sont appropriés. Contrairement à ses agissements avec les autres résidents au sein de l'UVP, elle s'intègre assez facilement et arrive à se faire une place dans le groupe. Ses échanges avec les autres participants sont riches et cela semble être appréciable pour elle.

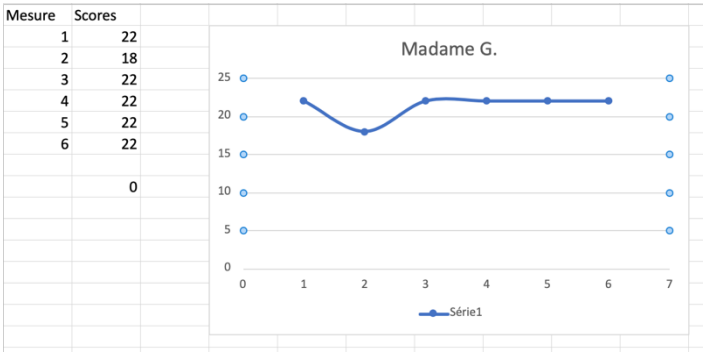


Graphique 2. Mesures de Madame M. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Toutefois, malgré les observations faites durant les ateliers, aucune amélioration n'a été observé à court ou long terme. Comme on peut le voir, aucune diminution n'est observable lors des évaluations post-ateliers. En effet, après les ateliers terminés, Madame M. adoptait les mêmes comportements d'agitation. Les soignantes n'ont observé aucune amélioration de ces manifestations.

c) Madame G

En début de protocole, Madame G. a un score de 22/24 à l'inventaire d'apathie. Pour rappel, on note chez cette participante, un important émoussement affectif, une perte d'initiative et d'intérêt. Lors du premier atelier, Madame G. se montre vivement intéressée par les photographies qui lui sont présentées. Elle communique avec les autres participants et ils réalisent ensemble un travail collaboratif. Après la fin de ce premier atelier, la soignante me fait part d'une dame plus dans l'échange. Elle passera une majorité de son dîner à échanger avec Monsieur G., l'un des participants. Elle se montre tendre avec lui et elle me rapporte des « *caresses sur le bras* ». Madame G. a participé à la seconde séance d'art-thérapie. Toutefois, en raison de problèmes de santé, elle est très fatiguée, la rendant très apathique. Elle met des objets inappropriés en bouche. Toutefois, elle participe à l'intégralité de l'atelier mais il s'agira du dernier atelier auquel elle participera. En effet, une insuffisance cardiaque a obligé de mettre fin au protocole de recherche.



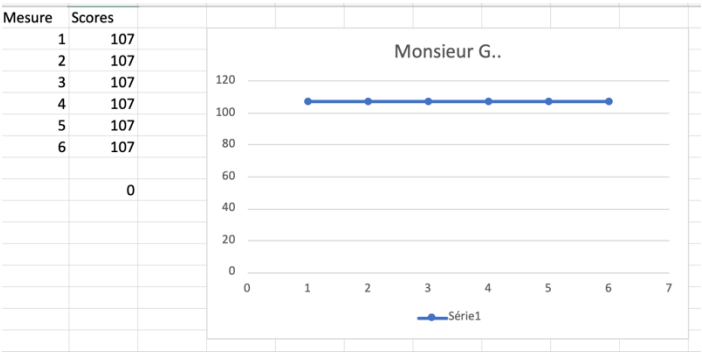
Graphique 3. Mesures de Madame G. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Le changement observé chez Madame G. aurait pu être le point de départ d'une réduction de l'apathie chez elle, lui permettant une meilleure intégration au sein de l'UVP et un regain d'intérêt pour les activités proposées ou encore les autres résidents. Toutefois, il est impossible de se baser sur une seule participation à un atelier pour prétendre à une amélioration de ce trouble du comportement. La fin prématurée de sa participation n'a pu mettre en évidence d'autres effets de l'interaction sociale.

d) Monsieur G

En début de protocole, Monsieur G. a obtenu un score de 107/203 à l'inventaire de Cohen-Mansfield. Pour rappel, ses troubles se traduisent au quotidien par des attitudes répétitives avec beaucoup de répétitions de mots ou de phrases, il donne des coups et bouscule les autres résidents. Il jure très souvent, connaît des attitudes d'opposition et pousse des hurlements de mécontentement. Durant l'intégralité des ateliers, Monsieur G. s'est montré calme, intéressé et

participatif. Il a été un réel moteur au sein du groupe. Contrairement à ce qui est observé au sein de l'UVP, il se montre adapté, sans propos agressif. Il n'y a pas non plus d'actes physiques envers les autres participants.



Graphique 4. Mesures de Monsieur G. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Malgré une attitude adaptée pouvant être précurseur d'une réduction de l'agitation après les ateliers, aucune modification n'a été observé. En effet, Monsieur G. a pu se montrer plus calme les heures qui ont suivi certains ateliers. Toutefois, nous ne pouvons pas parler d'une réduction significative de ces troubles. Monsieur G. ne fait pas preuve d'agitation constante, ce qui ne nous permet pas d'imputer ces modifications aux ateliers eux-mêmes. Après l'un d'entre eux, Monsieur a d'ailleurs eu une grosse altercation physique avec l'une des résidentes de l'UVP.
Comme on peut le voir sur le graphique, aucune diminution n'est observable lors des évaluations post-ateliers. Toutefois, ces comportements observés durant les ateliers sont encourageants et mettent un avant une adaptabilité de ces patients malades d'Alzheimer lorsqu'ils sont en collectivité.

e) Monsieur R

En début de protocole, Monsieur G. a obtenu un score de 111/203 à l'inventaire de Cohen-Mansfield. Pour rappel, on observe chez ce participant des manifestations telles que des avances sexuelles physiques, des attitudes répétitives, une agitation générale. De nombreuses formes d'agitation verbales non agressives telles que des plaintes et des avances sexuelles verbales. Mais également une agitation et agression verbales avec des insultes et des hurlements et peut se montrer agressif physiquement (donner des coups, bousculer, griffer…).

Malgré de multiples propositions pour participer aux ateliers, il a toujours refusé nos invitations. L'agitation verbale et l'agressivité envers les autres résidents étaient trop importantes. Nous lui avons également proposé de réaliser ces ateliers en individuel, afin de ne pas le confronter aux autres résidents, ce qu'il a également décliné.
Ce participant nous a confronté au fait que les prises en charge ne sont pas toujours possibles et que l'état et l'envie du patient sont indépendants de notre volonté de les prendre en charge.

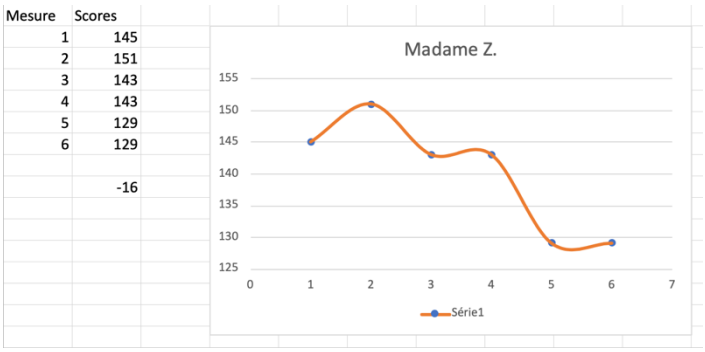
2.2. Résultats des participants ayant bénéficiés des séances en individuel

a) Madame Z

En début de protocole, Madame Z. a obtenu un score de 145/203 à l'inventaire de Cohen-Mansfield. Elle a été la participante la plus sujette aux troubles du comportement et la prise en charge s'est parfois montrée difficile. Pour rappel, Madame Z. déambule énormément, on observe une agitation généralisée avec des attitudes répétitives, elle

bouscule énormément les autres résidents, crache et se déshabille souvent en salle commune. Lors la première séance d'art-thérapie en individuel, Madame a fait preuve d'énormément d'agitation. Elle ne veut pas rester en salle d'animation, elle est très inquiète de sa présence ici. Elle accepte tout de même de participer à l'atelier et arrive à réaliser le tableau. Toutefois, l'agitation augmente tout au long de l'atelier. À la fin de celui-ci, lorsque nous raccompagnions Madame en UVP, l'agitation est présente et la fin de journée est agitée. C'est avec une résidente opposante qui essaie de quitter l'UVP à plusieurs reprises. Elle tape à la porte durant de longues minutes

Cependant, les séances qui ont suivi ont été bénéfiques à l'agitation de cette participante. En effet, bien qu'il ait fallu faire preuve d'une grande adaptabilité aux comportements de cette dame, nous avons réussi à focaliser son attention sur des ateliers ciblés sur ses goûts et les choses qu'elle aime. Ainsi, malgré les manifestations importantes d'agitation, nous avons réussi à apaiser ces troubles. Durant les ateliers, il a été impressionnant de voir comment elle se saisissait des choses que nous lui proposions et la manière dont l'agitation réduisait.



Graphique 5. Mesures de Madame Z. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

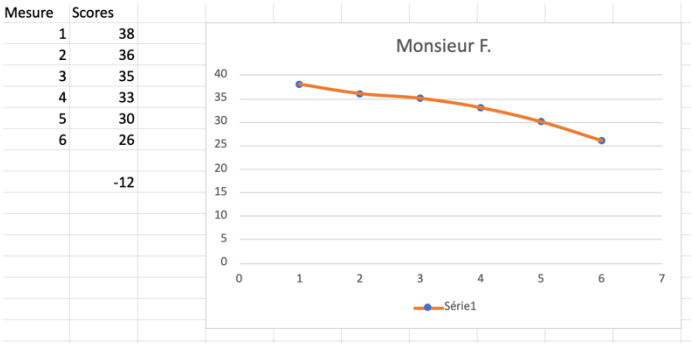
Ainsi, comme le démontre ce graphique, les ateliers d'art-thérapie proposés de manière individuelle à cette participante ont permis de mettre en avant une réduction de l'agitation et de l'agressivité. Madame Z. est passée de 145 à 129, représentant une réduction de 16 points sur l'inventaire de Cohen-Mansfield. Parmi les troubles du comportement qui ont le plus étaient réduits grâce à cette prise en charge, nous retrouvons la déambulation, l'agitation générale et les tentatives de fugue. Les fins de journées après les ateliers, Madame Z. s'est montré calme. La prise en soin par les soignantes était possible, elle ne montrait pas d'opposition. Elle a participé à la préparation de la table avec d'autres résidents, sans agitation. Toutefois, il est important de nuancer ces propos en ajoutant que ces modifications comportementales ne restent pas à long terme. Ainsi, il n'y a pas de réduction qui a pu être maintenue dans le temps. Il ne s'agit que d'effets à court terme.

b) Monsieur F

En début de protocole, Monsieur F. a obtenu un score de 38/56 à l'échelle d'anxiété d'Hamilton. Pour rappel, ce Monsieur a une sévère anxiété avec de nombreux symptômes physiques tels qu'une humeur anxieuse et dépressive, des tensions. Il y a beaucoup de craintes, des symptômes sensoriels, des symptômes respiratoires, ses symptômes neuro-végétatifs et aux comportements observés lors d'entretiens. Monsieur se rend compte de la maladie et de ses nombreuses diminutions physiques et cognitives.

Monsieur F. est l'un des participants à qui les ateliers ont le plus bénéficis. En effet, tout au long des séances d'art-thérapie, une importante réduction des symptômes anxieux a été observé et cela s'est maintenu à court terme et entre les ateliers.

Après le premier atelier déjà, on note une légère amélioration et cette réduction est observable tout au long des cinq semaines d'expérimentation. Nous sommes passé d'un participant qui ne veut pas sortir de sa chambre à un homme avec plus d'assurance, qui sort sans difficulté pour se rendre en salle d'animation, qui se souvient que nous devons venir le cherche. Durant les ateliers, Monsieur F. se montre de plus en plus sûr de lui, la peur de l'échec diminue car il se rend compte de ce qu'il est capable de faire. Le fait qu'il soit encore capable de produire des œuvres le rend très fier et cela améliore l'estime de soi.

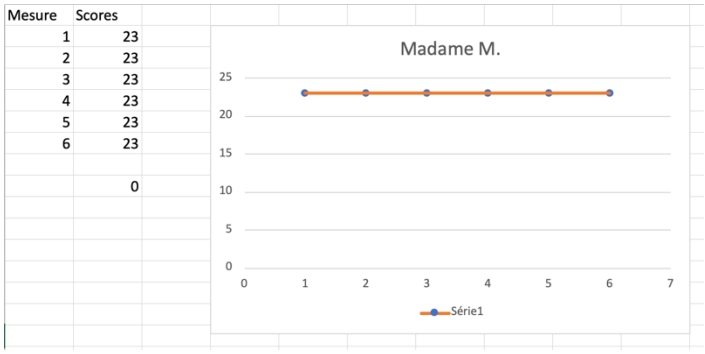


Graphique 6. Mesures de Monsieur F. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Comme nous pouvons le voir sur ce graphique et compte tenu de ce qui a été observé durant l'intégralité des séances, on constate une réduction de l'anxiété. En effet, Monsieur F. passe d'une anxiété de 38 à 26, représentant une diminution de 12 points sur l'échelle d'Hamilton. Parmi les items qui ont diminué nous retrouvons l'humeur anxieuse, les symptômes musculaires et les symptômes neuro-végétatifs. Au cours des ateliers, le visage de Monsieur était moins crispé, sa respiration plus lente et ses gestes plus assurés.
Toutefois, bien que ces réductions aient été observé durant les cinq semaines du protocole, une fois celui-ci terminé, aucune amélioration n'a été maintenu. Il s'agit également de réduction à court terme.

c) Madame M

En début de protocole, Madame M. a obtenu un score de 22/24 à l'inventaire d'apathie. Durant l'intégralité des ateliers elle se montre apathique et s'est saisie difficilement de ce que nous lui proposons. Elle n'exprime pas d'émotion particulière. Toutefois, elle a toujours accepté de participer aux ateliers.

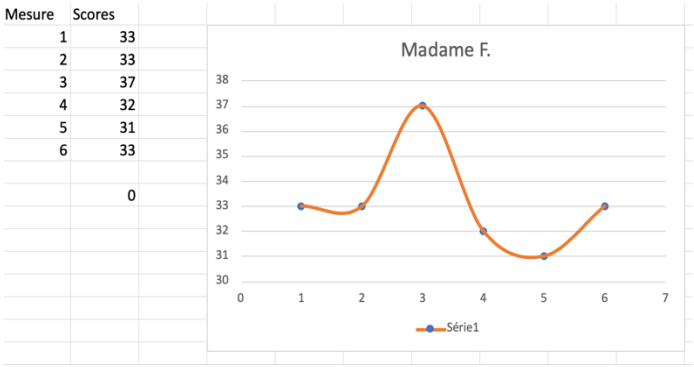


Graphique 7. Mesures de Madame M. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessus, aucune réduction n'a été observé à court ou long terme. Les différents scores à l'échelle d'anxiété d'Hamilton restent identiques durant l'intégralité des 5 séances d'art-thérapie.

d) Madame F.

En début de protocole, Madame F. a obtenu un score de 33/56 à l'échelle d'anxiété d'Hamilton. Pour rappel, nous retrouvons chez Madame F. de nombreuses craintes, une humeur dépressive avec un manque d'intérêt et une certaine tristesse.



Graphique 8. Mesures de Madame F. effectuées en début de protocole puis après chaque séance d'art-thérapie.

Comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessus, aucune réduction n'a été observé. Une séance a été source d'angoisses supplémentaires pour cette participante, faisant monter son score de 4 points.

3. Discussion

L'objectif de cette étude était de voir si une forte interaction sociale permettait de réduire significativement les troubles du comportement, comparativement à une faible interaction sociale chez des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Cela, à travers la mise en place d'interventions non médicamenteuses basées sur l'art-thérapie pratiquées soit en individuel soit au sein d'un groupe. Nos hypothèses n'ont pas été validées.

Dans cette partie, nous allons maintenant interpréter et expliquer les phénomènes psychologiques induits par nos résultats. Puis dans un second temps, nous aborderons les limites de ce travail et les perspectives pour les futurs travaux.

3.1. Interprétation des résultats

3.1.1. Interprétation des résultats obtenus vis-à-vis de la prise en charge non médicamenteuse

Nous supposions d'abord, dans notre première hypothèse, que dans les deux groupes ayant bénéficié de la prise en charge non médicamenteuse, nous observerions une réduction des troubles du comportement de type apathie, anxiété et agitation. Nous ne pouvons valider que partiellement cette hypothèse. En effet, nous n'observons une réduction des troubles du comportement que pour deux participants sur les neuf recrutés pour l'étude. Une réduction à l'échelle

d'anxiété d'Hamilton observable chez Monsieur F. ainsi qu'à l'inventaire de Cohen-Mansfield observable chez Madame Z. Parmi l'ensemble des études faites sur ces prises en charge, il n'y a pas de consensus encore ce jour concernant le trouble du comportement qui réagit le mieux à ces méthodes.

De ce fait, la réduction de l'anxiété en lien avec une prise en charge non médicamenteuse va dans le sens de la littérature. Delphin-Combe et al., 2013 ont effectivement démontré que parmi les troubles du comportement les plus fréquents (anxiété, l'apathie et l'agitation), il s'agissait de l'anxiété qui connaissait une diminution significative. Cette étude va d'ailleurs dans le sens des rares résultats concernant la musicothérapie et l'anxiété (Tabloski et al., 1995 ; Guetin et al., 2009).

D'autre part, la réduction de l'agitation observée chez Madame Z. est également en accord avec les études faites sur ce trouble du comportement. En effet, une revue systématique incluant vingt études, effectuée au cours des dix années précédentes, a mis en évidence que l'agitation était le SPDC le plus réactif aux prises en charge non médicamenteuses (Oliveira et al., 2015).

Toutefois, ces résultats obtenus ne sont pas imputables à l'ensemble des participants du protocole. Ces différences de résultats retrouvés dans la littérature peuvent être expliqués par l'importante hétérogénéité des travaux réalisés en termes d'échantillon, d'interventions proposées et d'outils de mesure. Ainsi, les résultats obtenus ne concordent pas avec les résultats positifs de ces prises en charge non médicamenteuses dans la réduction des SPCD qui ont démontré une efficacité importante et significative de ces interventions.

Ces résultats positifs obtenus auprès de ces deux participants peuvent être expliqués par le fait qu'ils aient bénéficiés d'une prise en charge à faible interaction sociale. Ainsi, les ateliers ont permis de créer un lien entre l'art-thérapeute et le participant. Une relation particulière permettant leur permettant d'être pris en charge et de contenir leurs troubles du comportement. De plus, la création de ces ateliers d'art-thérapie qui ciblaient leurs centres d'intérêts a peut-être suscité une plus vive motivation de leur part, les focalisant sur la tâche. Cet environnement adapté à leurs besoins et l'écoute de leurs émotions et ressentis de la part du professionnel ont également pu jouer un rôle important dans la réduction des SPCD.

3.1.2. Interprétation des résultats obtenus vis-à-vis du niveau d'interaction sociale

Dans une seconde hypothèse, nous nous attendions à ce que les réductions des troubles du comportement soient plus importantes chez les participants ayant bénéficié des séances à forte interaction sociale. Comparativement aux participants ayant bénéficié des séances à faible interaction sociale. Comme nous avons pu le voir précédemment, cette hypothèse est réfutée. Bien que deux participants aient connu une réduction des troubles du comportement, aucun des deux ne faisait partie du groupe à forte interaction sociale. Parmi l'ensemble des participants ayant bénéficié des séances à forte interaction sociale, les comportements restent égaux après les séances.

Ces résultats ne vont pas dans le sens des résultats mis en évidence dans une récente étude par Arai et al., 2021. Ce travail s'est intéressé à l'effet de l'interaction sociale sur les SPCD sur 220 participants. Il a été entre autres démontré

que différents moyens d'interaction sociale pourraient exercer une influence sur les SPCD. Toutefois, ces résultats sont à nuancer au regard des critères d'inclusion qui permettaient de sélectionner un participant avec une pathologie neurodégénérative à un stade plus précoce ainsi que l'aspect longitudinal de l'étude qui s'est déroulé sur une année.

Également, Rouse et al., 2019 ont voulu démontrer l'impact de l'interaction sociale sur des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives à un stade léger à modéré. Les dix participants recrutés ont soit été inclus dans un groupe à forte interaction sociale soit dans un groupe à faible interaction sociale. Ils ont mis en avant une réduction globale de la fréquence et de la gravité des SPCD dans les deux groupes. Là encore, nos résultats ne concordent pas avec les résultats démontrés par ces auteurs.

Ces résultats non concluants peuvent être expliqués dans un premier temps par le petit échantillon recruté pour ce protocole de recherche. En effet les 9 participants ne peuvent représenter de manière fiable la population que nous désirions étudier. D'autant plus que parmi ces participants, plusieurs ont été finalement retirés pour des raisons médicales ou des refus de leur part.

Également, au regard du stade modéré de la maladie d'Alzheimer, il est possible que cette prise en charge non médicamenteuse en groupe ne soit pas adaptée pour cette population. En effet, comme nous le disions précédemment, il existe peu d'études sur les interventions non médicamenteuses. Ces travaux n'apportent qu'une visée limitée en termes d'essais prospectifs, de taille d'échantillon ou encore de précision des protocoles. De plus, concernant la méthode choisie, qui est l'art-thérapie, nous ne savons pas spécifiquement les effets de cette pratique sur la diminution de ces troubles (Platel, 2011).

D'un point de vue global, nous pensons que la prise en charge non médicamenteuse la mieux adaptée à cette population est la prise en charge individuelle. En effet, cette méthode permet des échanges particuliers entre le professionnel de santé et le patient. Cela permet de créer des liens et de soulever des comportements singuliers qui ne peuvent être possible lors de séances en groupe. De plus, cette prise en charge individuelle permet de mettre en place des ateliers thérapeutiques pour le patient, prenant en considération la personne avant le malade. Cela durant des temps qui lui sont propres, où il peut être acteur et durant lesquelles il est possible de s'exprimer de manière différente.

3.2. Limites de l'étude et perspectives

Notre étude n'est pas exemptée de critiques méthodologiques et de limites. En effet, notre protocole expérimental s'inspire de la littérature scientifique. Toutefois il s'agit d'une procédure imaginée pour cette recherche et un certain nombre de limites et de critiques peuvent être émises.

La première limite pas des moindres de ce travail concerne la petite taille de notre échantillon. En effet, nos groupes étaient constitués de 5 sujets pour les participants ayant profité une prise en charge non médicamenteuse en groupe et 4 sujets pour les participants en ayant bénéficié en individuel. Cet échantillon de taille restreinte n'est pas représentatif de la population que nous désirions étudier. D'autant plus que sur les 9 participants, l'un d'entre eux n'a jamais voulu participer aux ateliers et un autre a dû stopper le protocole pour des raisons de santé. C'est ainsi que nous avons atteint

un nombre de 7 sujets pour les deux groupes confondus. Pour de futurs travaux, il serait pertinent de recruter des échantillons plus importants.

Également, ce petit échantillon n'a pas pu permettre de réaliser des groupes appariés en matière de trouble du comportement. Cela ne nous a pas permis de réaliser des analyses statistiques et de ce fait, nous a contraint à effectuer une étude de cas multiples plutôt que des comparaisons inter-groupes. Ainsi, une population plus importante aurait permis de constituer des groupes appariés en termes de troubles du comportement. Au moment du recrutement des participants, cela n'a pas du tout était pris en compte. De ce fait, le travail de recherche a été mal pensé à son commencement, ce qui nous a limité en termes de résultats et d'analyses de résultats statistiques. Un plus grand nombre de participants auraient peut-être permis de valider l'ensemble de nos hypothèses. Cette limite était toutefois prévisible, compte tenu de la littérature scientifique en fait état (Dorenlot, 2006).

Une autre critique peut également apparaître, concernant l'appariement socio-culturel qui n'a pu être pris en compte dans cette étude. Cela s'explique par le lieu de recrutement des participants. En effet, l'unité de vie protégée de l'établissement ne possède que 15 places. L'ensemble des résidents n'entrait pas dans les critères d'inclusion et nous ne pouvions recruter plus de monde. Recruter d'autres participants dans d'autres UVP a été une solution à laquelle nous avions pensé mais la contrainte du temps nous a obligé à renoncer à cette idée. D'autant plus que l'art-thérapeute ne pouvait intervenir dans d'autres établissements. Il s'agit d'une critique qui représente un autre biais pour cette étude.

Pour cette étude, nous avons pris le parti de nous fier aux réponses de l'équipe soignante. En effet, le personnel de l'UVP est une équipe fixe, qui connaît bien les résidents. Néanmoins, nous savons que ces équipes ont une charge de travail considérable et ne peuvent pas toujours prendre le temps pour observer et analyser les comportements. Ces informations peuvent être biaisées par la non-fiabilité des observations cliniques du comportement des résidents. Aussi nous soulignons également la subjectivité de ces réponses aux questionnaires. De plus, les échelles elles-mêmes n'étaient pas forcément adaptées de la meilleure façon à ce protocole de recherche. En effet, il aurait peut-être fallu créer des grilles qualitatives afin de cibler de manière plus qualitative les troubles du comportement des participants.

Enfin, une dernière limite a été la question du temps de ce protocole de recherche. Pour plusieurs raisons telles que la disponibilité de l'art-thérapeute, la fin de notre présence sur le lieu de recrutement, ce protocole n'a pu être effectué que durant 5 semaines. Cette durée est très limitée, ne permet pas de mettre en lumière des effets de manière longitudinale. Il aurait été intéressant de réaliser cette étude sur une plus longue période. Ainsi, nous aurions peut-être pu observer d'autres effets que ceux apportés par ce travail.

Conclusion

Ce travail de recherche avait pour objectif principal de mettre en évidence un effet de l'interaction sociale sur les troubles du comportement chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Pour cela, nous avons mis en place une prise en charge non médicamenteuse basée sur l'art-thérapie à faible ou à forte interaction sociale.

Nous supposions alors qu'il y aurait une réduction des troubles du comportement à la fois chez les personnes ayant bénéficié d'une faible interaction sociale et chez les personnes ayant bénéficié d'une forte interaction sociale. Plus spécifiquement, nous nous attendions à ce que les personnes ayant étaient inclus dans le groupe à forte interaction sociale auraient une plus importante réduction des SPCD. Nous avons utilisé différentes échelles (Cohen-Mansfield, 1991 ; Hamilton, 1959 ; Robert et al., 2002) afin d'évaluer les troubles du comportement après chaque séance d'art-thérapie.

Notre étude de cas multiples n'a pu valider notre hypothèse concernant l'intérêt d'une forte interaction sociale afin de réduire les troubles du comportement chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Toutefois, on a pu observer une réduction de l'anxiété et de l'agitation à court terme chez deux participants ayant bénéficié d'une faible interaction sociale.

Notre travail de recherche met ainsi en avant qu'une prise en charge plus personnalisée, où le patient est pleinement pris en charge par un professionnel de santé, permettrait de prévenir l'augmentation des SPCD et de surcroît favoriserait l'estime de soi des résidents.

Ce mémoire ne représente qu'une ébauche d'un travail qui pourrait être mit en place à une plus grande échelle : avec un plus grand échantillon, permettant de constituer des groupes appariés. Mais aussi avec plus de temps et de moyens. Il serait pertinent d'approfondir les recherches sur les prises en charges non médicamenteuses et leurs effets sur les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré.

Toutefois, notre étude exploratoire et sa portée clinique ont permis de mieux cerner les besoins des personnes vivant en unité de vie protégée atteintes de la maladie d'Alzheimer. De manière plus générale, notre recherche a permis de participer à l'élaboration d'une prise en charge adaptée, centrée sur le patient et sur ce qu'il était avant l'installation progressive de la maladie d'Alzheimer et son institutionnalisation.

Références

Accueil des malades Alzheimer –. (2015, 15 décembre). Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/accueil-en-ehpad/article/accueil-des-malades-alzheimer

Arai, A., Khaltar, A., Ozaki, T., & Katsumata, Y. (2021). Influence of social interaction on behavioral and psychological symptoms of dementia over 1 year among long-term care facility residents. *Geriatric nursing*, 42(2), 509-516. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.09.008

Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., ... & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of advanced nursing*, *43*(5), 465-477. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02744.x

Benoit, M., Staccini, P., Brocker, P., Benhamidat, T., Bertogliati, C., Lechowski, L., ... & Robert, P. H. (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL. FR. *La revue de médecine interne*, *24*, 319s-324s. https://doi.org/10.1016/S0248-8663(03)80690-2

Benoit, M., Clairet, S., Koulibaly, P. M., Darcourt, J., & Robert, P. H. (2004). Brain perfusion correlates of the apathy inventory dimensions of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(9), 864-869. https://doi.org/10.1002/gps.1163

Benoit, M., Robert, P. H., Staccini, P., Brocker, P., Guerin, O., Lechowski, L., & Vellas, B. (2005). One-year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. The REAL. FR Study. *The journal of nutrition, health & aging, 9*(2),95- 9.

Boyer-Labrouche, A. (2017). *Pratiquer l'art-thérapie*. Dunod.

Buffum, M. D., Miaskowski, C., Sands, L., & Brod, M. (2001). A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing*, *22*(2), 80-85. https://doi.org/10.1067/mgn.2001.115196

Bridou, M., & Aguerre, C. (2012, August). L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 6, pp. 375-381). Elsevier Masson. https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.017

Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *109*(3), 233–250. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008

Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 489-496.

Castellani, R. J., Rolston, R. K., & Smith, M. A. (2010). Alzheimer disease. *Disease-a-month: DM*, *56*(9), 484. http://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.06.001

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1987). Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review; II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, *1*(2), 108.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of gerontology*, *44*(3), M77-M84. https://doi.org/10.1093/geronj/44.3.M77

Cohen-Mansfield, J. (1991). Instruction manual for the Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI). *Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington*, *1991*.

Cohen-Mansfield, J. (1996). Assessment of agitation. *International psychogeriatrics*, *8*(2), 233-245.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*(12), 2308-2308. https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308

Cummings, J. L., & Cole, G. (2002). Alzheimer disease. The Journal of the American Medical Association, 287(18), 2335-2338.

Dartigues, J. F., Berr, C., Helmer, C., & Letenneur, L. (2002). Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer. *médecine/sciences*, *18*(6-7), 737-743. https://doi.org/10.1051/medsci/20021867737

De 2,8 millions de seniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2070 ? – France, portrait social | Insee. (2018, novembre). Insee. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3645986?sommaire=3646226&q=vieillissement+de+la+population

Définition. (2022, 2 mars). SFAT. http://syndicat-arts-therapeutes.com/definition/

Delamarre, C. (2014). Chapitre 11. Les comportements perturbés. Dans : , C. Delamarre, *Alzheimer et communication non verbale: Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées* (pp. 115-138). Paris: Dunod.

Delphin-Combe, F., Rouch, I., Martin-Gaujard, G., Relland, S., & Krolak-Salmon, P. (2013). Effet d'une intervention non médicamenteuse, Voix d'Or®, sur les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, *11*(3), 323-330.

Derouesné C. Le concept d'apathie: intérêt et limites [Apathy: a useful but limited concept]. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2004 Mar;2(1):19-28. French. PMID: 15683965.

Doody RS, Stevens JC, Beck C et al. (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based study). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, 56: 1154-1166.

Dorenlot, P. (2006). Démence et interventions non médicamenteuses: revue critique, bilan et perspectives. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, 4(2), 135-144.

Doron, R., & Parot, F. (2011). Dictionnaire de psychologie (Dictionnaires Quadrige) (French Edition) (PUF éd.). PUF.

Duff, M. C., Gallegos, D. R., Cohen, N. J., & Tranel, D. (2013). Learning in Alzheimer's disease is facilitated by social interaction. *Journal of Comparative Neurology*, *521*(18), 4356-4369. https://doi.org/10.1002/cne.23433

Dubois, A. M. (2013). *Art-thérapie, Principes, méthodes et outils pratiques, 1: Art-thérapie*. Elsevier Health Sciences.

Duyckaerts, C., Delatour, B., & Potier, M. C. (2009). Classification and basic pathology of Alzheimer disease. *Acta neuropathologica*, *118*(1), 5-36.

Eveillard, A. F. F. (2005). Mieux vivre avec la maladie d'Alzheimer (French Edition). HACHETTE PRATIQUE.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, *12*(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Guetin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., ... & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *28*(1), 36-46. https://doi.org/10.1159/000229024

Hamilton, M. (1959). Hamilton anxiety scale. Group, 1(4), 10-1037.

Haute Autorité de Santé. (2009, mai). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

Helmer, C., Pasquier, F., & Dartigues, J. F. (2006). Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *médecine/sciences*, *22*(3), 288-296. https://doi.org/10.1051/medsci/2006223288

Holtzman, R. E., Rebok, G. W., Saczynski, J. S., Kouzis, A. C., Wilcox Doyle, K., & Eaton, W. W. (2004). Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *59*(6), P278-P284.

Hudon, C., Potvin, O., Turcotte, M. C., D'Anjou, C., Dubé, M., Préville, M., & Brassard, J. (2009). Normalisation du Mini-Mental State Examination (MMSE) chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus et résidant dans la communauté. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement, 28(4)*, 347-357. https://doi.org/10.1017/S0714980809990171

Hugonot-Diener, L., Piccoli, M., & Rougeul, S. (2020). Ateliers thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés: En accueil de jour et en EHPAD. De Boeck Supérieur.

Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly. J Am Med Dir Assoc 2009;10(6):381-93.

Kasl-Godley, J., & Gatz, M. (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical psychology review*, *20*(6), 755-782. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00062-8

La démence. (2020, 21 septembre). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Landreville, P., Vézina, J., & Gosselin, N. (2000). Les comportements. *Psychologie clinique de la personne âgée*, *1*, 127.

Laurin, P. (2004). Intervention artistique dans un service de gérontologie: Un atelier d'art-thérapie pour des patients atteints de maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, *4*(19), 29-40.

Lechevalier, B., Platel, H., & Eustache, F. (2010). Le cerveau musicien. Neuropsychologie et psychologie cognitive de la perception musicale. Bruxelles: DeBoeck.

Lecourt, É., & Lubart, T. (2017). *Les art-thérapies*. Armand Colin.

Lesniewksa, H. (2003). *Alzheimer: thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. Editions L'Harmattan.

Letenneur, L., Commenges, D., Dartigues, J. F., & Barberger-Gateau, P. (1994). Incidence of dementia and Alzheimer's disease in elderly community residents of south-western France. *International journal of epidemiology*, *23*(6), 1256-1261. https://doi.org/10.1093/ije/23.6.1256

Lyketsos, C. G., Carrillo, M. C., Ryan, J. M., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., ... & Miller, D. S. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.2410

M. (2020, 28 avril). *Maladie d'Alzheimer : les chiffres clés*. Fondation Alzheimer. Consulté le 24 février 2022, à l'adresse https://www.fondation-alzheimer.org/maladie-dalzheimer-les-chiffres-cles/

Mabire, J. B., Gay, M. C., Vrignaud, P., Garitte, C., & Vernooij-Dassen, M. (2017). Le SOBRI: étude pilote de l'évaluation d'un outil d'observation des interactions sociales entre des personnes présentant une démence et vivant en institution. *Revue Neurologique*, *173*, S38. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.01.007

Mabire, J. B., Gay, M. C., Charras, K., & Vernooij, M. (2021). Impact of a psychosocial intervention on social interactions between people with dementia: An observational study in a nursing home. Activities, Adaptation & Aging, 46(1), 73-89.

Manning, L. (2015). La neuropsychologie clinique - 2e éd. - NP - Approche cognitive : Approche cognitive (Collection U). ARMAND COLIN.

Marc, E., & Picard, D. (2002). Interaction. In *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 189-196). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0189

Marin, R. S., Biedrzycki, R. C., & Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry research*, *38*(2), 143-162. https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90040-v

Oliveira, A. M. D., Radanovic, M., Mello, P. C. H. D., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D. B., Celestino, D. L., … & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptomsof dementia: a systematic review. *BioMed research international, 2015*. https://doi.org/10.1155/2015/218980

Platel, H. (2011). Art-thérapie et démences : apports de la neuropsychologie. *Revue de neuropsychologie*, *3*(4), 205-206. https://doi.org/10.3917/rne.034.0205

Rangaraj, J., & Pelissolo, A. (2006). Troubles anxieux chez le sujet âgé : aspects cliniques et thérapeutiques. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, *4*(3), 179-187.

Rigaud, A. S. (2001). Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin. *Gérontologie et société*, *24*(2), 139-150. https://doi.org/10.3917/gs.097.0139

Rivault, C. (2019). Art-thérapie et maladie d'Alzheimer. *VST-Vie sociale et traitements*, (1), 77-80. https://doi.org/10.3917/vst.141.0077

Robert PH, Clairet S, Benoit M, Koutaich J, Bertogliati C, Tible O, et al. The apathy inventory: assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. International Journal of Geriatric Psychiatry, 17(12), 1099- 1105. http://doi.org/10.1002/gps.755

Robert P, Onyike CU, Leentjens AFG, Dujardin K, Aalten P, Starkstein S, et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. European Psychiatry, 24(2), 98-104. http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.09.001

Rouse, H. J., Small, B. J., & Faust, M. E. (2019). Assessment of cognitive training & social interaction in people with mild to moderate dementia: a pilot study. *Clinical Gerontologist, 42(4),* 421-434.

Sciarini, P. T. (2004). L'art-thérapie en psychiatrie de l'âgé. *MEDECINE ET HYGIENE*., 1438-1444.

Sellal, F., & Musacchio, M. (2008). Créativité artistique et démence. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, 6(1), 57-66.

Tabloski, P. A., Mckinnon-Howe, L., & Remington, R. (1995). Effects of calming music on the level of agitation in cognitively impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, *10*(1), 10-15. https://doi.org/10.1177/153331759501000105

Vernooij-Dassen, M., & Jeon, Y. H. (2016). Social health and dementia: the power of human capabilities. International psychogeriatrics, 28(5), 701-703.

Waller, D. (2002). Evaluating the use of art therapy for older people with dementia. *Arts therapies and progressive illness: Nameless dread*, 122.

Wenisch, E., Stoker, A., Bourrellis, C., Pasquet, C., Gauthier, E., Corcos, E., ... & Rigaud, A. S. (2005). Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés. *Revue Neurologique*, *161*(3), 290-298. https://doi.org/10.1016/S0035-3787(05)85035-0

Annexes

E-mail aux familles.

Vendenheim, le 4 novembre 2021

Objet : Présentation de l'étude des effets de l'interaction sociale sur les troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma cinquième année d'études en psychologie du vieillissement normal et pathologique, je réalise un travail de recherche sur l'effet de l'interaction sociale sur les troubles du comportement chez les sujets atteints de pathologies neurodégénératives de type maladie d'Alzheimer au sein de l'EHPAD « *les quatre vents* ». Je suis encadrée sur le terrain par Marie-Cécile LEONHART, la psychologue de l'établissement et un enseignant-chercheur supervisent mon travail de recherche.

L'objectif de ce travail est d'étudier si l'inscription dans un groupe peut avoir des effets bénéfiques sur les troubles du comportement. En effet, comme nous le savons, ces troubles du comportement peuvent être une réelle difficulté dans le quotidien de ces patients et les réduire pourrait nettement améliorer leur quotidien, leur bien-être mais également leur prise en charge par les équipes de soins au sein des établissements de santé.

Pour cela, j'ai axé ma recherche sur des ateliers d'art-thérapie, qui est une méthode visant à utiliser le potentiel d'expression artistique et la créativité d'une personne à des fins psychothérapeutiques. Deux groupes ont ainsi été créé ; un groupe où les résidents pratiqueront de l'art thérapie de manière individuelle et un groupe où les résidents pratiqueront de l'art thérapie collectivement.

Les données recueillies n'ont pas de visée commerciale mais seront utilisées à des fins de recherche. Elles seront rendues anonymes et confidentielles. Un retour concernant les données obtenues pourra être effectué sous la forme d'un entretien si vous le désirez.

Votre proche, Madame / Monsieur ...., répondant aux critères de participation de mon étude, je vous propose de l'inclure au protocole de recherche. Celle-ci débutera en janvier 2022, pour une période de 5 semaines à raison d'un atelier thérapeutique par semaine d'une heure maximum.

Pour de plus amples détails à propos de ce travail, je suis à votre entière disposition pour échanger au sein de l'établissement, par téléphone ou par email.

Vous pouvez ainsi me contacter : au 06.19.64.49.89

Ou à l'adresse melissa.pozzobon@etud.univ-angers.fr

Dans l'attente de votre retour,
Bien cordialement,
POZZOBON Mélissa
Master 2 de psychologie du vieillissement normal et pathologique - Université d'Angers

Fiche de consentement.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
POUR UNE RECHERCHE DE MÉMOIRE

Titre de la recherche : Étude des effets de l'interaction sociale sur les troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré.

Chercheur responsable : POZZOBON Mélissa (melissa.pozzobon@etud.univ-angers.fr) étudiante en master 2 de psychologie du vieillissement normal et pathologique - Université d'Angers.

Je soussigné(e) ……
déclare :

- Avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessous.

- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.

Je sais que :

- Je peux à tout moment mettre un terme à la participation de mon proche à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit.

- Je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à la participation de mon proche à la recherche

- Les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé d'identifier le sujet.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour la participation de mon proche institutionnalisé à l'EHPAD « *les quatre vents* » situé à Vendenheim, en tant que participant à cette recherche

Lu et approuvé

Date :

Signature :

Vignette clinique du groupe.

Madame K.

Anamnèse. Madame K. est âgée de 74 ans, elle est arrivée d'un autre établissement alsacien il y a un an, afin d'intégrer une unité de vie protégée car elle engendrait des problèmes de déambulation et de vols répétés. Elle souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade modéré, elle est très désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle est célibataire, a un fils unique mais ce dernier lui rend peu visite. Elle présente un niveau socio-culturel de niveau 3 ; a obtenu son baccalauréat. Elle a exercé en tant que professeure de français. Elle souffre également d'une forte dépendance à l'environnement. Par exemple quand elle lit l'heure, elle peut pendant des minutes entières, lire chaque minute qui passe « *Il est 9h34* », « *il est 9h35* » … Ou encore quand elle entend une soignante proposer un mouchoir par exemple elle va également demander qu'on lui donne un mouchoir. Elle est en continuelle demande et cela s'est fait ressentir dans les ateliers. Cependant, elle a pu tout de même entrer en contact différemment avec les membres du groupe qui vivent avec elle dans l'unité, mais avec qui elle ne parle pas forcément.

État de base. Elle a des troubles du comportement se caractérisant par de l'agitation. Parmi ceux que l'on retrouve le plus chez cette dame selon le CMAI : elle cherche à saisir, déambule, a de nombreuses attitudes répétitives, agitation généralisée, une recherche constante d'attention très importante chez elle. Mais aussi une agitation verbale non agressive avec de la répétition de mots ou de phrases, elle se plaint beaucoup, émet des bruits bizarres et peut pousses des hurlements. Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 117/203 au début du protocole de recherche.

Madame M.

Anamnèse. Madame M. est une femme âgée de 84 ans qui a intégré l'unité de vie protégée à la fin de l'été 2021. Elle vivait seule à domicile jusqu'alors, mais ses enfants ne pouvaient plus subvenir à ses besoins de manière sécurisée. Elle est veuve et souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Madame M. fut patronne d'une boulangerie strasbourgeoise, qu'elle a dirigée d'une main de maitre. Étant désorientée dans le temps et dans l'espace, elle pense aujourd'hui encore travailler et se croit en vacances dans un hôtel. Son statut de patronne durant toute sa vie fait qu'elle a un caractère bien trempé, elle aime bien que les gens soient à ses ordres et elle dirige les autres résidents ainsi que le personnel soignant.

État de base. Madame M. a des troubles du comportement la rendant agitée et parfois agressive. Cela se traduit au quotidien par de la déambulation, des attitudes répétitives, elle se déshabille et se rhabille, elle essaie de fuguer, a des conduites d'agitation généralisée, elle se plaint beaucoup, répètes des mots et des phrases et peut présenter de l'agressivité physique telle que donner des coups et des coups de pied, elle bouscule et blesse d'autres résidents… (Selon l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield). Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 118/203 au début du protocole de recherche.

Madame G.

Anamnèse. Madame G. est âgée de 76 ans et est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis 2016 à un stade modéré avec des troubles cognitifs importants ainsi que des troubles neurocomportementaux perturbateurs. Elle a vécu durant de longues années en Martinique avec son conjoint avec qui elle eut un fils. Le couple gérait un complexe hôtelier

ensemble. Ils revinrent en métropole il y quelques mois en raison de la difficulté pour son conjoint de s'occuper seul de sa femme en raison de la dégradation de son état de santé. Elle aime beaucoup la création et la musique. Elle chante beaucoup quand de la musique est mise dans l'unité.

État de base. Elle est très apathique et c'est pour cette raison qu'elle a été intégrée au protocole de recherche. Elle fait ainsi partie du groupe afin de voir si le fait d'être inscrite dans un groupe permet de réduire l'apathie dans un premier temps durant l'atelier, puis dans un second au quotidien.

Monsieur G.

Anamnèse. Monsieur G. est âgé de 84 ans et vit en unité de vie protégée depuis 2016 qu'il a intégré en raison d'une forte aggravation de ces troubles cognitifs et comportementaux avec beaucoup d'errance. C'est un ancien technicien de l'armée de l'air, il a beaucoup voyagé en particulier dans les pays africains. Puis lors de sa retraite, a vécu avec sa femme à Toulon puis quand il a fallu le placer, ils sont remontés en Alsace où vit leur fille unique qui vient lui rendre visite régulièrement.

État de base. Il est diagnostiqué malade Alzheimer depuis quelques années. Il n'est plus orienté dans le temps ni dans l'espace et pense être en vacances en Bretagne dans un centre de vacances. Monsieur G. a des troubles cognitifs mais également comportementaux. Il est très agité au quotidien avec des excès d'agressivité quand d'autres résidents sont trop intrusifs. Les comportements les plus courants chez ce Monsieur sont les attitudes répétitives avec beaucoup de répétitions de mots ou de phrases, il donne des coups et bouscule les autres résidents. Il jure très souvent, connaît des attitudes d'opposition et pousse des hurlements de mécontentement. Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 107/203 au début du protocole de recherche. Il aime beaucoup le jardinage, la pêche et il aime beaucoup participer aux activités proposées par l'animatrice de l'établissement. C'est une personne très dynamique. Il est un élément moteur lorsqu'il participe aux activités, c'est pour cela qu'il a été inclus dans le groupe de participants.

Monsieur R.

Anamnèse. Monsieur R. est arrivé au sein de l'UVP il y a un an en raison de l'évolution de sa maladie d'Alzheimer et qui engendrait un danger pour lui en raison de ses nombreuses fugues. Il est veuf et a une fille dont il est très proche qui vient lui rendre visite régulièrement. Monsieur R. fut un militaire et aime beaucoup partager ses histoires avec le personnel soignant. Il passe beaucoup de temps dans sa chambre mais se plaint de s'ennuyer.

État de base. À l'inventaire d'agitation, les items les plus récurrents chez ce Monsieur sont les avances sexuelles physiques, les attitudes répétitives, l'agitation générale, l'amassement d'objets. De nombreuses formes d'agitation verbales non agressives telles que des plaintes et des avances sexuelles verbales. Mais également une agitation et agression verbales avec des insultes et des hurlements et peut se montrer agressif physiquement (donner des coups, bousculer, griffer…). Son score à l'inventaire de Cohen-Mansfield est de 111/203 au début du protocole de recherche.

Participations des résidents aux différents ateliers.

	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Vernissage
Mme K.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mme M.	✗	✓	✗	✓	✓	✓
Mme G.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mr G.	✓	✓	✺	✺	✺	✓
Mr R.	✗	✗	✗	✗	✗	✗

- ✓. Participation à la séance
- ✗. Refus de participer à la séance.
- ✺. Fin de la participation pour raisons médicales.

Séance 1

Le premier atelier, comme pour l'intégralité des participants, consiste en une présentation d'images de la vie quotidienne (paysages, jardinage, animaux, famille, bal, voiture, voyage) et de mots représentant des valeurs (respect, calme, justice, liberté, amour). L'objectif de cet atelier était que les participants puissent sélectionner des images et des mots qui représentent des choses importantes pour eux.

Ici, pour la séance où les participants sont inclus dans un groupe, l'atelier consiste en un échange entre les participants, une mise en commun des choses qui les relient, afin de construire ensemble un tableau qui les représente tous et qui les lie en quelque sorte pour les séances à venir. Le but de ce premier atelier était de créer un lien entre ces personnes qui vivent ensemble mais qui ne se connaissent pas et qui n'échangent pas beaucoup au quotidien.

Parmi les 5 participants qui constituent le groupe, 2 personnes ont refusé de participer.
Madame M. nous a signalé « *au vu de mon emploi du temps, il faut me prévenir un ou deux jours à l'avance, que je puisse m'organiser. Le mieux et de me laisser une note écrite* ». Monsieur R. n'avait quant à lui pas envie de voir du monde et préférait se reposer dans sa chambre.

L'atelier a commencé par une présentation de chaque résident. De nombreux échanges ont eu lieu entre les résidents, ils ont donné un sens aux choix qu'ils ont fait, ce que ça évoquait pour eux et des souvenirs ont émergé.

Post-séance. À la suite de cet atelier, Monsieur G. a été un plus calme, pas de gros trouble du comportement ne s'est observé la soirée qui a suivi « *La prise en charge a été facile avec un Monsieur agréable et souriant* » m'a dit la soignante le lendemain matin.

Chez Madame K., aucun changement n'a été signalé « *Semblable à elle-même, toujours aussi bavarde et en demande d'attention* ». Le lendemain matin, elle a été particulièrement agitée. Quant à Madame G., la soignante a observé que lors du repas du soir, elle s'intéresse à son voisin de table « *Elle a caressé le bras de Monsieur G. tout le repas, a essayé de communique avec lui bien que les échanges soient compliqués. C'est la première fois que je la vois comme ça* ».

Bilan. Les patients ont adhéré à l'atelier proposé. Durant la soirée qui a suivi, des petites choses ont été soulevé chez ses participants bien qu'on ne puisse parler d'une réduction des troubles du comportement.



Séance 2

Parmi les 5 participants qui constituent le groupe, 1 personne a refusé de participer.
En effet, Monsieur R. a encore une fois refusé, désirant rester au calme dans sa chambre.

Pour les participants à cette séance, l'art thérapeute leur a proposé de réaliser de la peinture avec une technique au fil. Cela consiste à imbiber un fil de laine de peinture, le poser une feuille que l'on plie en deux, puis de tirer le fil afin de créer des formes abstraites.
Les résidents ont été très curieux de cette technique innovante qu'ils ne connaissaient pas. Ils ont posé énormément de questions à l'art thérapeute et communiquent beaucoup entre eux, se saluent comme si c'était la première fois de la journée qu'ils se rencontraient. Chacun leur tour, les participants ont choisi une feuille de couleur sur laquelle ils ont réalisé la peinture.

Madame K. est beaucoup dans l'observation, elle dit à voix haute les noms de toutes les couleurs qu'elle voit. Elle ne se souvient pas de la séance de la semaine passée, bien qu'il lui a été présenté la photo des participants avec leur réalisation. Elle choisit une couleur, prend l'initiative d'écrire son prénom dessus et après cela, le répète tout du long de la séance « *Je m'appelle Y.K* » « *Je suis Y.K et vous, comment vous vous appelez ?* ». Elle est très en demande, pose beaucoup de questions à l'art thérapeute et une forte dépendance à l'environnement.

Monsieur G. est très étonné de la manière de procédé mais semble ravi « *fallait y penser !* ». Il est très participatif durant tout l'atelier et échanges beaucoup avec les autres résidents.

Madame G. quant à elle est très apathique contrairement au premier atelier. Elle ne participe pas vraiment bien qu'elle arrive tout de même à produire quelque chose. Pas d'échange avec les autres résidents.

Madame M. est très active durant l'atelier. Elle fait des choix, elle est calme, a un comportement adapté et communique énormément avec les autres résidents.

Bilan. À la fin de l'atelier, il leur a été demandé « *Qu'avez-vous pensez de cet atelier ?* » Plusieurs adjectifs positifs sont exprimés « *relaxant, original, inattendu, excellent positif* » Madame K. répète sans cesse le mot qu'elle nous a donné.
Madame G. « *je ne sais pas* » et se met à mettre des choses inappropriées en bouche. L'intérêt est qu'une fois de plus, les participants se mettent d'accord sur les adjectifs afin de pouvoir poser ces mots sur une feuille qui représentent l'unité du groupe.







Post-séance. Après l'atelier, les participants montrent un comportement comparable au quotidien avec une petite amélioration tout de même pour certains. Madame K. est beaucoup dans la répétition et la dépendance à l'environnement. Madame M. est un peu plus calme. Monsieur G. est calme et agréable. Madame G. est très fatiguée, elle est affaiblie en raison d'un problème au cœur. Les prochains ateliers ne lui seront plus proposés pour des raisons de santé.

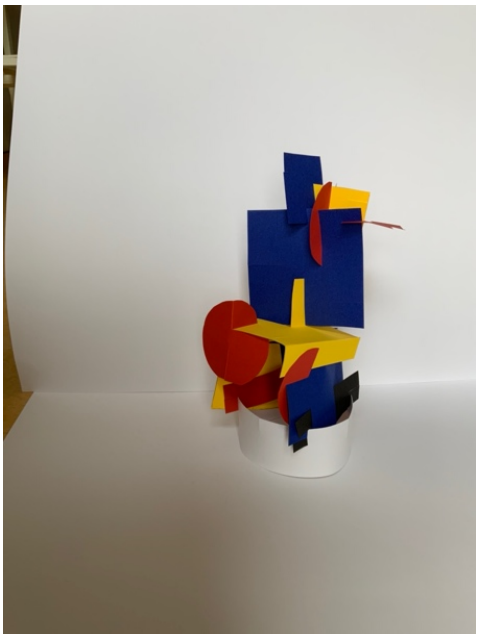
Séance 3

Parmi les 4 participants qui constituent le groupe, 2 personnes ont refusé de participer.
Lors de cette séance, seulement Madame K. et Monsieur G. ont accepté de participer à l'atelier. Pour ce troisième temps en groupe, il leur a été proposé de créer une sculpture avec des formes de papier avec des encoches permettant de les faire tenir les uns dans les autres.

Durant cette séance, Madame K. est très en demande vis-à-vis de Monsieur G. Elle lui demande sans cesse son nom, lui fait part de ce qu'elle voit ou ce qu'elle pense. Monsieur G. est dans un premier temps très réceptif à ce qu'elle lui dit, il y a beaucoup d'échanges entre les deux. Mais très rapidement, il semble être agacé par la situation. L'art-thérapeute essaie d'apaiser la situation et finalement, les deux travailleront chacun de leur côté.

Une fois les deux sculptures de papier réalisé, l'art-thérapeute leur propose de les rassembler afin de crée ensemble une œuvre plus grande. La fin de l'atelier se déroule alors dans un travail de collaboration entre les deux participants. Une fois les deux productions rassemblées, l'art-thérapeute leur propose de faire une expérience avec de la lumière. Elle dispose leur production devant une feuille blanche, puis, elle projette de la lumière sur l'œuvre. La production prend alors une autre dimension avec des jeux d'ombres et de mouvements. Les deux participants sont émerveillés face à la réalisation du jour. Avant de mettre un terme. l'atelier, l'art-thérapeute leur demande de donner un nom à leur production. Après quelques minutes de réflexion, d'un commun accord, ils décident ensemble de l'appeler « *Le village perché dans les couleurs* ».





Bilan. Bien que la séance eût commencé par des tensions entre les deux participants, ils ont pu réaliser un travail collaboratif. Finalement, le travail de groupe a pu calmer les comportements des deux participants et ils ont réussi à se canaliser l'un l'autre par un travail commun.

Post-séance. Pas de changement particulier pour l'un ou pour l'autre durant la fin de journée. Le niveau d'agitation est relativement semblable aux autres jours, sans modification significative.

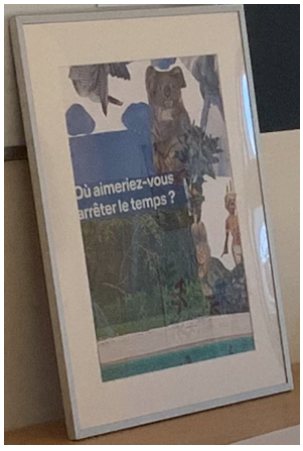
Séance 4 & 5

Parmi les 4 participants qui constituent le groupe, 1 personne a refusé de participer.
En effet, Monsieur R. a refusé, désirant rester au calme dans sa chambre.

Pour ces deux dernières séances, 3 résidents ont accepté de participer. Les ateliers consistaient dans un premier temps en un collage d'images tirées de magazines. Le but était que chacun leur tout, les participants choisissent une image et la colle. Puis, lors du second atelier, une histoire a été imaginé à partir de leur création.

« C'est l'histoire d'une jeune femme, qui danse et qui adopte des animaux et notamment des koalas qui peuvent s'apprivoiser. Elle vit dans un dans une société close. »
Madame M. continue *« Je n'ai pas d'imagination, je ne sais pas »*
Monsieur *G. « Koala qui s'est évadé de son stand et c'est la danseuse qui l'a apprivoisé »*
« Nous allons aller dans la verdure et nous allons découvrir un tas des choses : des arbres, des animaux et touti quanti »
« Le nounours il mort, il faut le regarder mais on ne doit pas l'approcher car si la maman ou le papa sont là, il nous attaque. La jeune fille est une reine, elle court toujours après le koala mais il y a un oiseau qui l'a repéré »
Madame K., demande à partir car on ne s'occupe pas d'elle.

Une fois son départ, j'observe de beaux échanges entre Madame M. et Monsieur G. « *Qu'est-ce que vous en pensez Monsieur ?* » Un vrai travail collaboratif s'opère, où l'autre semble important car on lui demande son avis. Monsieur G. très dans l'observation de ce que fait madame M. « *Ça meuble bien le vide, c'est super joli ce que vous faites* ! »
Madame K. choisi les emplacements et Monsieur G. colle les images. « *Coincer sa bulle dans le jardin* ».
Une fois la production terminée, l'art-thérapeute leur demande de lui trouver un nom. Pour ce choix, c'est Madame M. qui prit la décision et elle opta pour *« Le mystère de la forêt tropicale »*



Bilan. Le travail de groupe a permis de réels échanges entre les participants. Ce fut un espace riche, ou chacun a pu donner son avis.
Madame M. nous a fait part de son ressenti à la fin de l'atelier : « *On a chacun pu donner son avis, c'était réussi. On s'entend bien. On est mieux en duo qu'en trio* ».
Les participants ont pu échanger lors de ces ateliers, cela leur a permis de créer des liens, dans un espace autre que dans la vie quotidienne à l'UVP.

Post-atelier. Comportements inchangés après les deux séances de groupe.

Vernissage

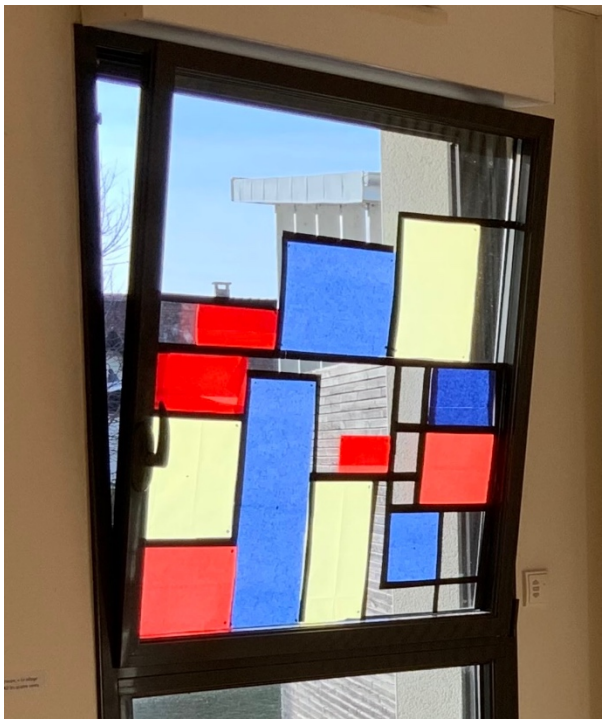
L'ensemble des participants ont répondu présents lors du vernissage. Toutefois, Monsieur R. a désiré rester dans sa chambre. L'art-thérapeute m'a tout de même précisé qu'il s'y est rendu avec elle, lors d'une promenade dans l'établissement.
Pour les 4 résidents qui ont participé aux ateliers en groupe, ce fut une fois de plus un réel moment d'échanges et de partage. Certains proches sont venus à l'événement comme le mari de Madame G. qui s'est montré vivement intéressé par les productions de son épouse. En effet, en raison de son état de santé avant son hospitalisation elle avait dû stopper le protocole de recherche. Toutefois, il a été très surpris de ce qu'elle a été capable de faire.













Vignette clinique Madame Z

Anamnèse. Madame Z. est âgée de 76 ans. Elle est arrivée dans un premier temps à l'accueil de jour durant 2 mois, pour venir en soutien à sa famille qui s'occupait d'elle à plein temps avant qu'une chambre se libère. Madame Z. est veuve, elle a un fils unique. Elle a été toute sa vie restauratrice, à la tête d'une grande entreprise de stands de restauration sur les foires et grands événements nationaux. Elle a longtemps vécu à côté de chez son fils unique, qui s'est occupé d'elle durant de longues années. Durant le COVID, à la fermeture des restaurants, elle s'est installée chez lui avant d'intégrer l'établissement. En effet, cela devenait trop compliqué à gérer en raison de nombreuses de fugues et de l'agressivité. Elle a un score au MMSE de 14/30, correspondant à un stade modéré de la pathologie.

État de base. Madame Z. est atteinte de la maladie d'Alzheimer qui évolue depuis 5 ans environ. La pathologie s'accompagne de nombreux troubles du comportement qui rend son comportement inadapté et rendant difficile la vie en UVP. Son NPIES met en avant une importante agressivité et agitation, qui sont les troubles les plus importants chez cette dame qui n'accepte pas que l'on n'aille pas dans son sens. Elle peut très facilement avoir des conduites d'agressivité physique et verbale quand elle n'est pas satisfaite du comportement de la personne en face. Elle veut très souvent fuguer de l'unité de vie protégée. C'est pour ces raisons qu'elle a été incluse au protocole de recherche. Madame a fait des études de lettres avant d'ouvrir son affaire, elle aime beaucoup l'écriture et c'est sur cela que les ateliers d'art thérapie ont été pensé pour elle.

Séance 1

Pré-séance Le premier atelier, comme pour l'intégralité des participants, consiste en une présentation d'images de la vie quotidienne (paysages, jardinage, animaux, famille, bal, voiture, voyage) et de mots représentant des valeurs (respect, calme, justice, liberté, amour). L'objectif de cet atelier était que les participants puissent sélectionner des images et des mots qui représentent des choses importantes pour eux. Lorsque nous venons chercher Madame Z. ce jour-là pour l'atelier, elle est très agitée. Nous lui proposons de venir avec nous, elle nous demande ce que c'est, puis elle accepte de venir avec nous. Nous pensons judicieux de la sortir de l'unité car les résidents de l'UVP ne sortent pas beaucoup et nous l'amenons en salle d'activité.

L'art-thérapeute commence à lui présenter les images, puis les mots. Elle lui demande ce qu'elle préfère, ce qui est important pour elle. « *Ils sont tous importants* ». Madame Z. s'est calmée. Durant les 25 minutes de l'atelier, elle ne cherche ni à fuir ni à déambuler. Puis, tout en regardant les images « *Je suis énervée maintenant* » puis, voyant le mot « *calme* » devant elle « *Je veux du calme* ». Elle fait part à l'art-thérapeute de son inquiétude pour son fils « *Je ne suis pas à l'aise, il doit m'attendre pour partir au travail* ». Madame Z. fait référence au passé, lorsqu'effectivement les deux travaillaient ensemble dans l'affaire familiale. C'est quelque chose de très présent chez elle, elle fait d'importants plongeons rétrogrades. Elle pense toujours être une chef d'entreprise et cela se ressent dans ses actes au quotidien (Elle veut souvent payer le personnel de l'EHPAD pour les services qu'ils lui rendent. Elle a souvent le besoin de contrôle sur les autres, aime se faire entendre et que les choses aillent dans son sens). Après de longues minutes à évoquer les images et les mots, elle refuse de faire le tableau « *Non ! j'ai trop de choses à faire* ». Elle semble anxieuse par rapport à son fils. L'art-thérapeute met fin à l'atelier et nous la raccompagnons à son unité.



Post-séance. L'après-midi qui a suivi, Madame Z. a semblé plus agitée qu'avant l'atelier. Cela reflète bien son comportement durant ce dernier car l'agitation a augmenté tout du long. Les comportements en augmentation après l'atelier (sur l'échelle de Conhen et Mansfield) ont été : la déambulation, les tentatives de fugue, l'agitation générale, les attitudes répétitives, l'opposition et les bousculades.

Séance 2

Pré-séance. Lorsque nous arrivons à l'UVP, Madame Z. essaie d'en sortir et tape à la porte. « *Qu'est-ce qu'il se passe Madame Z. ?* » « *Eh ben, je ne sais pas. Je ne sais pas où est J. Alors je le cherche. Je tourne en rond* ! ». L'art-thérapeute lui propose de sortir, de l'unité. Nous faisons un premier tour du rez-de-chaussée. Elle est très agitée et ne semble absolument pas s'intéresser à ce qu'elle vient lui proposer. Elle l'invite à la suivre à l'étage, en salle d'animation mais elle refuse. Nous l'accompagnons dans sa déambulation, allons là où elle désire aller afin de ne pas la brusquer ou la frustrer. Elle cherche une fois de plus son fils et semble très contrariée et inquiète de ne pas le trouver. Cela dure 45 minutes. Puis, après avoir réduit son anxiété de la recherche infructueuse de son fils, nous arrivons à l'apaiser et elle accepte de s'assoir un peu. L'art-thérapeute lui propose de lui lire un poème. Elle semble s'y intéresser, s'empare très naturellement des feuilles et du stylo qui sont à sa disposition et se met à manipuler le stylo. Dans un premier temps elle lit à voix haute les paragraphes d'un poème puis se met à les recopier. Elle énonce certains mots à voix haute, et reprend. Ainsi, l'art-thérapeute arrive à maintenir son attention et il n'y a aucune envie de déambuler ou de fuguer durant vingt minutes.

Post-séance. Après avoir raccompagné Madame Z. en unité, elle est bien plus calme et apaisée. Elle ne cherche plus son fils, ne tape plus à la porte afin de sortir de l'unité de vie protégée. La soirée se déroulera de la même manière, sans agitation ni tentative de fugue.

Séance 3

Pré-atelier. En se rendant à l'UVP, l'art-thérapeute trouve une fois encore une Madame Z très agitée, avec les mêmes problématiques concernant son fils. L'atelier n'était pas programmé pour ce moment-là, mais au vu de son état d'agitation, l'art-thérapeute me téléphone afin de voir si je suis disponible et nous décidons de le mettre en place pour

calmer l'agitation du moment. Elles arrivent alors toutes les deux dans mon bureau et s'installent. Des feuilles et des papiers sont à disposition mais Madame Z. nous informe en le voyant « *Aujourd'hui, je ne veux pas écrire, j'ai mal aux mains !* ». Elle demande à l'art-thérapeute d'écrire pour elle. L'art-thérapeute écrit le mot « *jaune* » sur un papier car c'est la couleur préférée de Madame Z.

- *« À quoi vous fait penser cette couleur ? »*.
- *« Je ne sais pas. Je ne sais pas mais je trouve que c'est une couleur rapide »*
- *« Ah oui une couleur rapide ? C'est vrai. Et elle vous évoque quelles émotions ? »*
- *« Oh ben vous savez. C'est une couleur rapide, donc on peut dire que c'est une couleur claire et joyeuse. Ça nous fait plaisir ! »*

Bilan. L'art-thérapeute rédige tous les mots qu'énonce Madame Z. en lui proposant de partager avec elle tout ce que ça lui évoque. Ces échanges sont très appréciables pour Madame Z. qui sourit énormément. Ses propos sont très positifs et cela la met de très bonne humeur. Après une petite demi-heure, elle décide de quitter la pièce « *Ce n'est pas tout Mesdames, mais j'ai du travail qui m'attend. Bien que ce fût un très beau moment* ».

Post-atelier. Lorsque Madame Z. est de retour à l'UVP, elle est relativement calme. Elle ne tentera plus de fuir durant le reste de la journée. Une des soignantes est venue me voir en le faisant état d'une résidente avec moins d'agitation, qui n'a pas été dans l'opposition pour sa toilette.

Séance 4 & 5

Pré-séance 4. Madame est très agitée lorsque nous arrivons à l'UVP. Elle est très énervée contre une soignante de l'UVP et tient des propos déplacés. Lorsque l'art-thérapeute lui demande ce qu'il ne va pas elle répond « *Ben vous savez, quand des idiots veulent faire comme si c'était normal ce qu'il s'est passé, c'est énervant* ». En questionnant la soignante en question, elle nous informe qu'elle a refusé à Madame Z. de sortir de l'unité et cela l'a fortement contrarié. L'art-thérapeute lui propose de nous suivre en salle d'animation pour l'atelier de la semaine « *Oh mais bien évidemment ! Enfin une personne qui comprend ce dont j'ai besoin* ». Madame Z. nous suit sans difficulté avec enthousiasme.

Pré-séance 5. Madame Z. déambule lorsque nous arrivons à l'UVP. Elle est agitée mais elle ne montre pas de signe d'agressivité.

Pour les deux dernières séances, l'art-thérapeute a proposé à Madame Z. de composer des poèmes en collant des mots qu'elle a préalablement découpés dans des magazines. L'art-thérapeute a pris le parti de scinder cette séance en deux temps car Madame Z. ne peut pas rester focaliser sur une tache trop longtemps et nous ne voulions pas la mettre en échec. Durant cette première partie d'atelier, Madame Z. doit choisir l'ensemble des mots qui constitueront son poème. Elle doit également désigner des images afin d'illustrer sa production. Elle commence par regarder les images qui lui sont proposées et choisi l'illustration d'une plage *« C'est beau la plage, ça fait longtemps que je n'ai pas pris de vacances, je devrais y songer* ». Toutes les images qu'elle choisit sont en lien avec le voyage, l'évasion. Pour les mots

également, ce sont des mots avec des connotations positives, imprégnés de sens pour elle. Madame Z. prend beaucoup de plaisir à choisir chaque mot. On sent dans ses choix que tout est pensé, calculé pour que le poème soit beau et cohérent. Elle explique chaque mot ou image désignée. Elle fait cela avec une facilité incroyable et on sent que les mots, la création, sont importants pour elle.

Durant ces ateliers, Madame Z. nous parle de ses études en facultés de lettres, ce qu'elle a appris et la raison pour laquelle elle a choisi ces études. Ces moments lui sont agréables et on voit à travers les expressions de son visage qu'elle prend beaucoup de plaisir à faire cela.
Enfin, lors de cette dernière séance, il lui est demandé de créer un texte avec les mots qu'elle avait choisis la fois précédente. Dans un premier, temps, l'art-thérapeute lui relit chaque mot et lui redonne les explications que Madame Z. lui avait données la semaine passée. Madame Z. ne se souvient pas de l'atelier passé et il est important pour nous de lui le rappeler. À l'évocation de certains mots, les yeux de Madame Z. semblent plus s'illuminer. Elle en reconnaît certains et peut redonner l'explication qu'elle nous avait donnée la semaine passée. Sans difficulté, Madame Z. construit le poème, place les mots dans un certain ordre. Elle prend même le parti d'en ajouter d'autres en les rédigeant elle-même. À la fin de l'atelier, l'art-thérapeute lui demande de donner un titre à ce poème. Madame Z., après quelques minutes de réflexion dit « *Là où j'aimerais être, mais où plus jamais je n'irais* ».

Madame Z. a souhaité garder pour elle ce poème. Elle n'a pas désiré qu'il soit exposé lors du vernissage, ni que je le prenne en photographie pour illustrer ces ateliers. Il représente une certaine intimité, les pensées de Madame. Elle a pu, durant ses ateliers, coucher sur le papier ce qu'elle garde au fond d'elle. Ce dernier atelier a été très enrichissant pour elle comme pour nous. Cette parenthèse dans le temps lui a permis de partager ses émotions, sans que cela vienne la perturber ou l'agiter. C'est comme si elle avait pris conscience de certaines choses, le temps d'un instant.

Post-séances. Plusieurs soignantes de l'UVP sont venues me trouver à la fin de ces deux ateliers pour me signaler le comportement de Madame Z. Elles sont étonnées par la « *douceur* » de ses gestes et de ses mots contrairement aux autres jours. Elles me décrivent une résidente plus apaisée et calme. Bien que la réduction des troubles du comportement ne puisse se maintenir dans le temps, durant les heures qui ont suivi les ateliers, Madame Z. a pu réellement trouver un certain calme et une sérénité.

Vernissage

Madame Z. a accepté de se rendre au vernissage que nous avons organisé avec tous les participants de l'étude et leurs proches. Elle s'est montrée très intéressée par tout ce qui lui est présenté. Elle échange beaucoup avec l'ensemble des personnes présentes et donne beaucoup d'explications sur les œuvres. Le comportement qu'elle adopte durant le vernissage est très représentatif de sa personnalité. Madame Z. aime prendre la place de leader au quotidien et cela a été très représentatif durant le vernissage.

Vignette clinique Monsieur F

Anamnèse. Monsieur F. est un homme âgé de 83 ans, il est atteint de la maladie d'Alzheimer et est institutionnalisé au sein de l'UVP depuis le début de l'année 2021. Il fut marié et a deux filles qui viennent lui rendre visite très régulièrement. Monsieur F. fut un grand architecte Strasbourgeois, a construit de nombreux bâtiments, a dirigé de nombreux projets et a également pratiqué beaucoup de sport durant sa vie. Il a un score au MMSE de 14/30, reflétant un stade modéré de la pathologie et son NPI-ES met en avant une anxiété importante, très fréquente, avec un retentissement sévère sur sa prise en charge et qui dégrade énormément sa qualité de vie. Lors de la première passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, avant le début des séances d'art thérapie, son score est de 38, représentant une anxiété grave. Monsieur F. a un score élevé de 4 à l'humeur anxieuse, la tension, l'humeur dépressive. Et un score de 3 pour les craintes, l'insomnie, la dysfonction intellectuelle, les symptômes sensoriels, les symptômes cardio-respiratoires, respiratoires, les symptômes neuro-végétatifs et aux comportements observés lors d'entretiens.

État de base. Monsieur F. est décrit par sa soignante référente comme une personne très anxieuse, qui passe beaucoup de temps seul. Il a conscience de ses troubles et de ses difficultés, ce qui engendre beaucoup d'angoisse. Il ne veut pas beaucoup se mélanger aux autres résidents car cela met en avant ses difficultés. L'agitation générale que l'on retrouve au sein de l'UVP à certains moments peut augmenter l'angoisse de ce patient, l'amenant parfois à avoir des conduites agressives et expliquant son souhait de rester isoler en chambre. Il passe beaucoup de temps à dormir car il se dit « *très malade* ». Rester allonger permet de limiter la réalité de ces déficits. En raison de cette angoisse, Monsieur F. transpire beaucoup, il est changé plusieurs fois par jour car il est très rapidement trempé et cela le gêne beaucoup et le met en difficulté au quotidien.
Pour cet ancien architecte, les ateliers proposés concernent les travaux de Mondrian, un peintre connu.

Séance 1

Pré-séance. Lors de la première séance, quand nous arrivons dans sa chambre, Monsieur F. est allongé au lit, il transpire beaucoup. L'art thérapeute lui propose de participer à un atelier avec elle, elle lui explique en quoi cela consiste. Dans un premier temps, il ne sait pas trop car il est soucieux de savoir s'il va réussir ce qu'on va lui demander de faire. Elle lui explique que ce sont des choses simples, adaptées et qu'elle est là pour l'aider en cas de difficultés. Il finit par accepter et elle lui propose soit de rester dans sa chambre, soit de monter en salle d'animation. Il choisit de rester ici et se lève jusqu'au bureau pour s'y installer.

Le premier atelier, comme pour l'intégralité des participants, consiste en une présentation d'images de la vie quotidienne (paysages, jardinage, animaux, famille, bal, voiture, voyage) et de mots représentant des valeurs (respect, calme, justice, liberté, amour). L'objectif de cet atelier était que les participants puissent sélectionner des images et des mots qui représentent des choses importantes pour eux.



Durant tout le temps de l'atelier, Monsieur F. est très concentré sur ce qui lui est demandé de faire. Il semble apaisé, calme et se laisse porter sans angoisse par le moment et guider par l'art-thérapeute. Il exprime ses choix, nous fait part de ses expériences de vie et ses souvenirs et cela ne déclenche pas d'anxiété, au contraire ses traits se détendent et il sourit.

Bilan. Monsieur F. adhère à l'atelier proposé. Il est très content d'avoir réalisé son tableau et remercie l'art-thérapeute pour sa présence. Il est capable de faire des choix, d'exprimer ses goûts. Avant de quitter sa chambre, elle l'informe qu'elle reviendra la semaine prochaine pour lui proposer un nouvel atelier, il s'étonne « *pour moi ??* ». L'atelier, en plus de réduire l'anxiété durant le déroulement de celui-ci, permet également de valoriser l'estime de soi et la mise en avant des capacités ce Monsieur F.

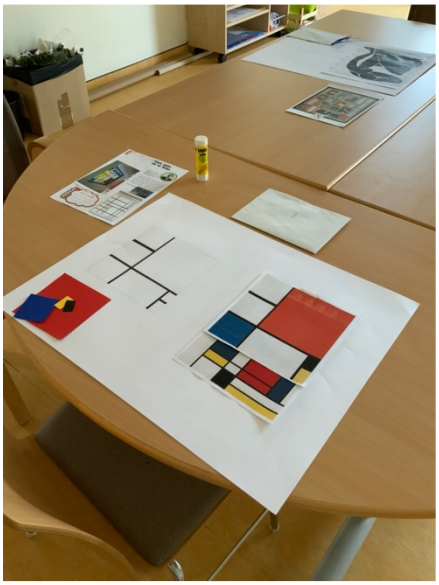


Post-séance. À la suite de cette séance, la soignante me fait part de l'état de Monsieur F. durant la fin de journée. Elle m'évoque une réduction de l'anxiété et de la sudation. Il semble plus apaisé qu'habituellement.

Séance 2

Pré-séance. À notre arrivée, Monsieur F. est assoupi et se réveille anxieux, il transpire énormément. Toutefois, contrairement à la première séance, il accepte de sortir de sa chambre et suit l'art thérapeute en salle d'animation.
L'atelier commence par une présentation de l'artiste permettant de soulever chez lui des événements de son passé. Il lui est demandé de replacer au bon endroit les carrés de couleurs en s'appuyant sur l'œuvre originale. Le premier essai

est assez simple afin de voir comment il réagit afin de ne pas le mettre en difficulté. Il comprend très bien l'exercice, s'applique beaucoup et échange avec nous tout au long de l'atelier.
Durant tout l'atelier, Monsieur F. ne fait pas preuve de signe d'angoisse, il semble très concentré sur sa tâche et nous fait part de ses préférences « *Je préfère le jaune au noir* ». Il nous évoque sa carrière d'architecte, les projets qu'il a menés. « *Le résultat est bien, j'aime ce que j'ai fait* » nous dit-il à la fin de la réalisation.



Bilan. Réduction du niveau d'anxiété durant l'atelier. Toutefois, à la fin de celui-ci resurgissent des craintes vis-à-vis de son état « *Je ne suis plus l'homme que j'étais avant* » et Monsieur F. s'effondre. L'art-thérapeute lui montre ce qu'il a réussi à faire aujourd'hui afin de lui montrer ce dont il est capable de faire malgré la maladie. Mettre en avant les capacités préservées est quelque chose d'important pour ce Monsieur. Il a des propos très pessimistes mais face à l'œuvre qu'il vient de réaliser, il s'apaise. Il finit par la remercier et elle lui propose de recommencer l'atelier la semaine d'après. Il accepte avec plaisir et précise que ça lui avait fait beaucoup de bien.

Post-atelier. L'après-midi et la soirée qui ont suivi, Monsieur F. était très calme. Il a passé du temps en salle commune avec les autres résidents ce qu'il ne fait jamais. Elle s'étonne de le voir aussi détendu, semble plus apaisé. L'infirmière est venue me trouver afin de me rapporter les mêmes propos positifs « *C'est le jour et la nuit* ».



Séance 3 & 4

Pré-séances. À notre arrivée dans sa chambre, Monsieur F. est allongé dans son lit. Lorsque l'art-thérapeute lui propose de venir faire l'atelier, il l'accepte avec moins de difficultés encore que la fois précédente. Il se lève très rapidement de son lit, la prend par le bras et la dirige vers la sortie de la chambre.
En arrivant en salle d'animation, elle lui remontre les œuvres réalisés les semaines passées. Il ne se souvient pas de les avoir réalisés mais reconnaît rapidement sa signature en bas de ses reproductions. Cela déclenche instantanément une réaction et la joie se lit sur son visage. Les ateliers proposés pour ces deux séances consistaient, à nouveau, à reproduire les œuvres de Mondrian. Toutefois, ces deux séances, elles étaient plus coûteuses en termes de difficultés et de temps. Durant ses séances, ses gestes sont plus précis, il a plus confiance en ses actes. Il a moins d'anxiété à l'idée de ne pas réussir.

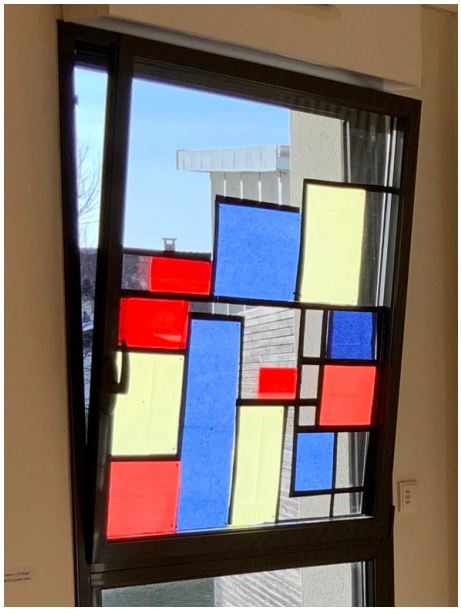
Bilan. Durant ces ateliers, Monsieur évoque certains souvenirs de sa carrière d'architecte. Il raconte les grands projets qu'il a menés pour la ville de Strasbourg, la maison qu'il a imaginé pour sa famille et cela lui fait du bien. Monsieur F. a réussi à s'apaiser durant les séances. Il a pu évoquer des souvenirs de son passé, se positionner dans ses choix et élaborer autour de ces productions.

Post-séances. Anxiété réduite durant la fin de journée. Retours positifs de l'équipe qui remarque une réduction des symptômes liés à l'anxiété (sudation, agitation, tristesse)

Séance 5

Pré-séance 5. Monsieur F. se trouve dans la salle commune lorsque nous arrivons à l'UVP. En nous dirigeant vers la salle d'animation, nous croisons l'infirmière qui salue Monsieur F. il s'étonne qu'une personne le reconnaisse « *Ah bon, mais on me connaît ici ? Je suis connu !* ». Cela le rend particulièrement enthousiaste.
Pour cette dernière séance, la même technique lui est proposée mais elle consiste à réaliser la production sur une fenêtre. La réduction de l'anxiété au fil des séances a permis à Monsieur F. de prendre confiance en lui et de ce fait en ses gestes. Il se tient plus droit, est moins dans la plainte de ses difficultés.

Bilan. Monsieur F. adhère une fois encore à l'atelier proposé. Une réelle évolution est visible entre ce dernier atelier et la première fois que nous l'avons rencontré. Sur le plan cognitif, moteur et thymique, il est possible de voir des améliorations.



Vernissage

Monsieur a accepté de se rendre au vernissage que nous avons organisé avec tous les participants de l'étude. Ses deux filles sont venues, très surprises des productions réalisées par leur père. Il était moins dans la plainte de son état mais semblait fier d'avoir réalisé cela.

Vignette clinique Madame M

Anamnèse. Madame M. est âgée de 93 ans et souffre d'une maladie d'Alzheimer. Elle est institutionnalisée depuis fin 2016 à la suite d'une perte d'autonomie importante rendant la vie à domicile impossible. Elle est veuve depuis plusieurs années et a deux enfants. Elle fut agricultrice, aime beaucoup les animaux et la nature. Elle ne reçoit pas beaucoup de visites et passe la plupart de son temps assise dans son fauteuil, à table et regarde le vide, sans parler à personne. La soignante me décrit Madame M. comme peu bavarde dans la vie communautaire mais parle plus facilement lors des soins. De manière générale, je repère un émoussement affectif ; elle ne se montre pas affectueuse et ne manifeste pas ses émotions de manière spontanée mais peut le faire si on la stimule. Je note également une perte d'intérêt importante. Madame M. a un MMSE à 13/30 et le NPI-ES met en évidence de l'apathie.

État de base. L'apathie est donc le trouble de comportement qui est soulevé chez cette dame. Elle est assez discrète au quotidien, passe beaucoup de temps seule et ne pose pas de grandes difficultés au personnel soignant mais c'est vrai qu'elle n'est pas beaucoup stimulée, c'est pour cela que j'ai voulu voir si l'interaction sociale pouvait améliorer cela, en améliorant son quotidien et en permettant de renouer un lien avec l'extérieur et les autres résidents de l'unité.

Séance 1

Le premier atelier, comme pour l'intégralité des participants, consiste en une présentation d'images de la vie quotidienne (paysages, jardinage, animaux, famille, bal, voiture, voyage) et de mots représentant des valeurs (respect, calme, justice, liberté, amour). L'objectif de cet atelier était que les participants puissent sélectionner des images et des mots qui représentent des choses importantes pour eux. Lorsque l'art-thérapeute vient lui proposer l'atelier, elle accepte sans grande difficulté *« Si j'y arrive, si ce n'est pas trop compliqué »*. On note toutefois que Madame M. a peur de ne pas y arriver. C'est quelque chose récurrent chez cette patiente qui se sous-estime. L'art-thérapeute lui explique ce en quoi consiste l'atelier et elle essaie de la rassurer.

Madame M. choisit plusieurs images représentant des fleurs, la nature, les animaux. L'image du jardinage est associée au travail, cela en rapport avec sa profession en tant qu'agricultrice. Durant l'intégralité de l'atelier, Madame M. fait ses choix, sans émotion particulière. Elle n'est pas très expressive et elle a du mal à donner son avis lorsque l'art-thérapeute lui demande.

« Oh j'aime le sifflement des oiseaux, ce sont des réveilleurs ».

Post-séance. Lorsque je vais questionner la soignante référente de Madame M. le lendemain de la séance, elle me fait part d'une résidente comme à son habitude. Elle répond lorsqu'on lui parle mais n'est pas à l'initiative d'une conversation.

Séance 2, 3, 4 & 5

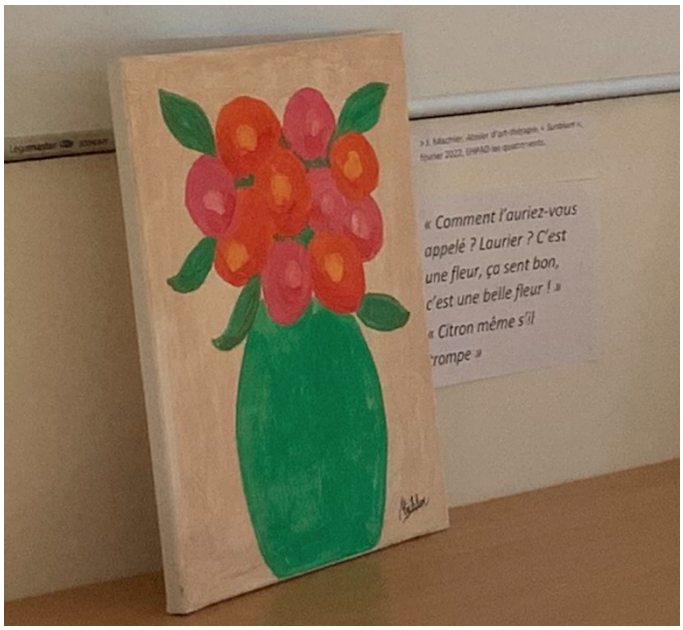
Durant la première séance d'art thérapie, plusieurs images ont été présenté à Madame M. pour la réalisation du tableau. Parmi ces images, il lui a été demandé de choisir l'une d'entre elles, comme étant celle qui lui évoquait le plus de choses

(souvenirs, émotions...). Madame M. a choisi un bouquet de fleurs dans un vase. Ce dessin a servi de base pour les séances qui lui ont été proposée. En effet, Madame étant apathique, avec une importante fatigabilité, l'art-thérapeute a décidé de lui proposer de courtes séances afin qu'elle ne soit pas surstimulée ou mise en échec. De ce fait, elle a été amenée à travailler sur le même projet durant les quatre semaines. Ce choix a également été fait afin de maintenir son intérêt au fil des séances et de susciter sa motivation quant à l'objectif final : terminer le tableau.



- Lors de la deuxième séance, Madame a choisi le support sur lequel elle dessinera le bouquet. Elle a opté pour une toile sur laquelle elle a dans un premier temps, dessiné au crayon à papier les bases de son dessin.
- Lors de la troisième séance, Madame M. a commencé à peindre le fond de son tableau.
- Lors de la quatrième séance, elle a peint le vase des fleurs.
- Puis lors de la cinquième et dernière séance, elle a réalisé les fleurs.

« Comment l'auriez-vous appelé votre bouquet ? »
« Laurier ? C'est une fleur. Ça sent bon, c'est une belle fleur !»



Durant l'intégralité de ces ateliers proposés à Madame M., il n'y a pas eu d'effet particulier sur l'apathie. En effet, que ce soit durant les séances d'art-thérapie ou après son retour en unité, Madame M. reste apathique, avec un émoussement affectif. Elle ne parle pas plus aux autres résidents de l'unité ou aux personnels soignants en dehors des moments de soins.

Vignette clinique Madame F

Anamnèse. Madame F. est une femme âgée de 90 ans. En 2019, elle intègre l'accueil de jour afin de soulager son mari qui est son aidant principal. Puis, lorsque celui-ci décède, elle intègre l'UVP pour un séjour longue durée. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré, avec un MMSE à 15/30. Elle est mariée et à 3 enfants. Elle a exercé la profession de styliste de mode. Elle aime beaucoup la création, le dessin, la peinture. Elle passe une grande partie de ses journées dans sa chambre, à colorier des dessins que lui ramènent ses enfants ou les membres du personnel de l'EHPAD.

État de base. Les plongeons rétrogrades font qu'elle accorde beaucoup d'importance à ses dessins, qu'elle considère comme son travail. Ses œuvres créent beaucoup d'angoisse chez cette dame. Quand une de ses réalisations ne lui plait pas, elle reste focalisée et ne peut sortir de son inquiétude.
Ainsi, l'anxiété est importante chez cette patiente. Toutefois, on ne retrouve pas de symptôme physique lié à cette anxiété tels que des symptômes musculaires, respiratoires ou sensoriels. Son score à l'échelle d'Hamilton est à 33/56, mettant en lumière une anxiété modérée pouvant l'isoler durant de longs moments dans sa chambre.
On retrouve de nombreuses craintes, une humeur dépressive avec un manque d'intérêt. L'évaluation met également en évidence une humeur anxieuse, une tension et de l'insomnie.

Séance 1

Le premier atelier, comme pour l'intégralité des participants, consiste en une présentation d'images de la vie quotidienne (paysages, jardinage, animaux, famille, bal, voiture, voyage) et de mots représentant des valeurs (respect, calme, justice, liberté, amour). L'objectif de cet atelier était que les participants puissent sélectionner des images et des mots qui représentent des choses importantes pour eux.

Lors de cette première séance, la première chose que j'observe est un important oubli à mesure. Elle n'encode pas les informations et les échanges entre l'art-thérapeute et elles sont rapidement oubliés. Cependant, elle arrive à tenir des propos cohérents. Quand les images sont positionnées devant elle, elle exprime *« En ce qui me concerne, ce genre de choses disparu »*. Elle fait référence à son passé, au vieillissement et à la maladie qui l'amputent de nombreuses facultés. Toutefois, elle oublie régulièrement que son mari est décédé et le cherche souvent. Elle se plaint de ne pas avoir de ses nouvelles, ce qui engendre beaucoup d'anxiété.

Ayant toujours eu un intérêt pour l'art, parmi les images proposées à Madame F. figurent des œuvres de certains de ces artistes préférés. En effet, elle a dans sa chambre plusieurs libres de peintres dont nous nous sommes servis pour susciter son intérêt. Parmi celles-ci, elle voit « Nu bleu » de Matisse, qu'elle dit préférer « *Elle est parfaite ! Il y a des mouvements, de la présence* ». Elle a le souci du détail et veut faire les choses correctement : ainsi, elle fait en sorte que les images se marient bien sur le tableau. En plaçant les images, elle s'exprime « *Je choisis la paix car la paix dans le monde, la paix en famille et la paix intérieure sont importante pour moi* ». Tout au long de l'atelier, elle nous fait part de ses choix « Je choisis Créer. Parce que créer c'est nécessaire, ça donne du sens aux choses ».

Bilan. Madame F. adhère à l'atelier proposé. Durant toute la durée de celui-ci, Madame F. est calme et concentrée sur ce qu'elle fait. Elle se laisse porter par les images qui la font voyager dans ses souvenirs.

« *La famille est quelque chose de précieux, il s'agit d'une forme de réussite pour moi. Le temps passe vite, demain c'est bientôt là* ».

Lorsqu'elle aperçoit le mot « *Apprendre* », elle dit à l'art-thérapeute qu'elle apprend de notre présence *« Je suis très heureuse d'être ici, je suis déjà venue dans cette pièce. Je suis contente d'intéresser des jeunes femmes comme vous* ». Elle place sa signature à côté de l'œuvre de Matisse « *Elles vont bien ensemble* ». Puis, elle finit par poser le mot « *Amour* » en précisant « *Dès que l'on introduit l'amour, tout devient plus beau* ».

Post-séance. A la suite de cette séance, le lendemain en me rendant à l'UVP, la soignante en charge de Madame F. me rapporte qu'elle a passé la soirée dans sa chambre, comme à son habitude. Sans modification particulière du comportement.



Séance 2

Pré-séance. Lorsque l'art-thérapeute est allée chercher Madame F. ce jour-là, elle était avec sa kiné et elle lui demande d'accompagner Madame F. en salle d'animation à la fin de la séance. Dès son arrivée, je remarque d'emblée que le niveau d'anxiété est important. En effet, elle est perturbée par un dessin qu'elle faisait avec l'arrivée de la kiné et cette dernière insiste dessus, augmentant l'anxiété de Madame. Lorsque la kiné quitte la pièce, l'art-thérapeute arrive après plusieurs minutes à réorienter Madame F. sur des choses plus agréables et pour que l'atelier puisse débuter.

Avant que la séance débute, l'art-thérapeute présente à Madame F. le tableau qu'elle a réalisé la semaine précédente. Elle n'est plus en mesure de se souvenir de l'avoir fait. Toutefois, elle semble relativement fière car elle le trouve très beau.

Pour cette deuxième séance, l'art-thérapeute a sélectionné l'œuvre de Matisse qui avait particulièrement plu à Madame.

L'objectif de la séance est qu'elle reproduise, sous forme d'un puzzle, l'œuvre originale. Très rapidement, elle s'attèle à la tâche avec minutie. Toutefois, elle s'exclame « *Aujourd'hui j'en ai assez, je n'arrive à rien faire de correct* ». Lorsque la thérapeute lui propose de le faire pour elle, afin de ne pas la mettre en échec, elle accepte. A la fin, l'art-thérapeute lui dit « *C'est vous qui l'avez fait, c'est très bien Madame F.* ». « *Non ce n'est pas moi, c'est quelqu'un de vicieu*x ». Elle tient des propos incohérents et l'atelier ne semble pas calmer l'anxiété et l'agitation du début de séance.

« J'aperçois mes mains, je ne les regarde jamais, elles sont tout vieux »



A la fin de l'atelier, l'art-thérapeute lui demande comment elle se sent. Elle répond qu'elle va bien, qu'elle est contente de ce qu'elle a faite de cette œuvre. Bien qu'elle ait refusé une partie du travail, elle tire tout de même un bénéfice de cet atelier.

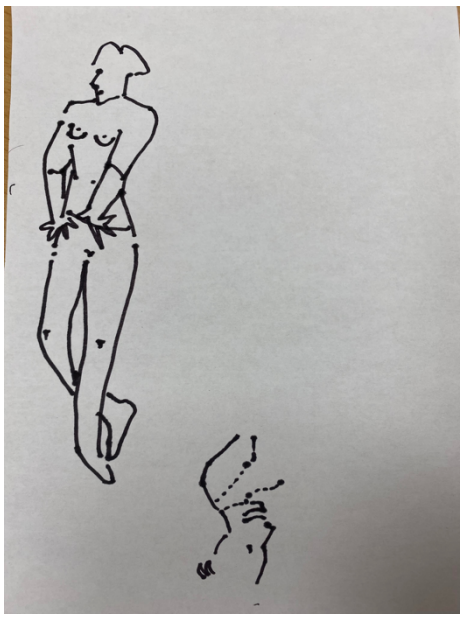
Post-séance. Après l'atelier, Madame F. est comme à son habitude dans sa chambre et relativement anxieuse. Comportement durant la fin de journée concordant avec l'anxiété et l'agitation observé durant l'atelier.

Séance 3

Pré-séance. Madame F. est en chambre lorsque l'art-thérapeute va la chercher. Elle est assoupie et se repose car ses nuits sont assez agitées.

L'objectif de cette séance est de faire dessiner des vêtements sur la photographie d'une statue. Dans un premier temps, elle ne souhaite pas dessiner sur la photographie « *Oh non la pauvre, elle est tellement belle. Je ne vais tout de même pas l'abimer. Elle n'a pas de bras et tant qu'elle n'a pas de bras, ça ne va pas. Je vais lui rajouter des bras* »

Tout en recopiant le dessin elle ajoutera « Aujourd'hui, je ne suis plus styliste, je n'ose pas ».



Bilan. Madame n'adhère pas vraiment à l'atelier. Les angoisses liées à ses performances dominent toute la dynamique et n'apporte aucune amélioration de l'anxiété.

Séance 4 & 5

Pour ces deux dernières séances, l'art-thérapeute a voulu réessayer avec Madame F. la confection de tenues sur la statue. Contrairement à la fois précédente, elle accepte sans hésitation. Lorsqu'elle débute, très rapidement, elle ne semble pas satisfaite du résultat.

Madame F., met encore une fois beaucoup, de pression quant à la qualité de son « travail ». Elle est hésitante, dessine point par point la tenue qu'elle réalise. Elle fait cela durant plusieurs minutes et semble se perdre dans ce qu'elle fait. L'art-thérapeute questionne ce qu'elle fait « *C'est une idée superflue*. *Comme dans le brouillard dans lequel je suis* ». Afin d'aider la patiente, pour ne pas la mettre en situation d'échec, elle décide de dessiner avec elle, sur une autre feuille. Très rapidement, Madame F. l'interpelle « Oh ça a de la gueule ! C'est magnifique ». elle l'observe durant plusieurs minutes puis par mimétisme, reprend son dessin tout en chantant. A la fin de ces ateliers, des tissus lui ont été présenté afin qu'elle puisse s'imaginer les textures, les couleurs. Ce qui lui a fait très plaisir.

Bilan. Au terme de ces deux ateliers, Madame F. a réussi à se détacher de ces émotions négatives liées à ses productions et ses angoisses liées à l'échec pour prendre un peu de plaisir à confectionner les tenues.

Post-atelier. Réduction de l'anxiété au fil de l'atelier mais qui ne perdure pas à long terme.



Vernissage

Madame a accepté de se rendre au vernissage que nous avons organisé avec l'ensemble des participants de l'étude. Ce jour, elle se montre particulièrement fière des productions qu'elle a réalisées. Sa fille est venue ce jour, ce qui lui a fait très plaisir. Cette dernière se montre très émue de voir ce dont sa mère est encore capable. Les deux femmes passent un bon moment toutes les deux. Avant que sa fille ne reparte, Madame F. lui fait don de l'œuvre qu'elle a préféré. Les autres ont été disposé dans sa chambre, comme souvenirs et preuves de ces temps passé ensemble.

En conclusion

Les proches des 9 participants de l'étude qui se sont rendus disponibles pour l'événement ont été agréablement surpris des capacités de leurs parents et de l'esprit créatif toujours présent malgré la maladie.

Ce protocole de recherche, au-delà des données et observations que j'ai pu faire, m'a permis de rencontrer des personnes. Premièrement des patients malades, qui se sont montrées très intéressées et qui m'ont épaté tout au long de ces semaines d'ateliers. Ils m'ont permis d'apprendre plein de choses sur les différences inter-individuelles, sur les troubles du comportement et la manière de les prendre en charge
J'ai également rencontré des soignants aussi, qui se sont investi dans mon travail, qui m'ont fait des retours pertinents. Ils ont pris le temps d'observer et de ce fait de comprendre les comportements des résidents.
Puis pour terminer, des proches, avec qui j'ai pu échanger avant le protocole, pour leur faire part de mon travail et pour recueillir leur consentement. Mais également après, afin de leur faire un retour sur ce qui a été mis en place et comment leur proche avait investi les ateliers. Ce fut un travail extrêmement riche et très intéressant, tant sur le plan de la recherche que personnel.

Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint à tous les rapports, dossiers, mémoires.

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

université angers