UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE-TOURS
& AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

L'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle de personnes âgées Alzheimer en exploitant l'esthésie et la mémoire affective et en impliquant les familles dans le programme de soin

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Mlle DIAS Nadia

Année 2011

Sous la direction de
M. RAIMBAULT Henri-Olivier
Art-thérapeute Diplômé de
UFR Médecine de TOURS

Lieu de stage
Hôpital de Jour et Réadaptation Gériatrique
CHU Rebeyrol
Avenue du Buisson
87042 LIMOGES Cédex

CHALEUREUX REMERCIEMENTS

Aux Patients,

Auprès desquels j'ai beaucoup appris et vécu d'intenses moments de vie,

Au Professeur DANTOINE Thierry, Chef de service,
A Mme PERRIRAZ Audrey, Psychologue clinicienne, Ma directrice de stage,
A Mmes BEAUMATIN Betty et FLE Aurélie, Neuropsychologues,
A Mme BAUDU, Cadre de santé,
A Mmes TEREYGEOL Nadine, TERRIER Nathalie et BRILLAT Sylvie, Infirmières,
A Mme CLOU Karine, Assistante sociale,

Pour leur accueil, leur confiance, leur investissement et leur soutien
durant mon stage d'Art-thérapie au sein de l'Hôpital de Jour et de Réadaptation Gériatrique
du CHU de Limoges,

A M. RAIMBAULT, Art-thérapeute, Mon directeur de mémoire,

Pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils,

**A M. FORESTIER et à l'ensemble des formateurs et des intervenants
de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours**,

Pour la qualité pédagogique et la richesse de leurs interventions,

A mes proches, et en particulier à Nicolas.

PLAN

REMERCIEMENTS P.1
PLAN P 2
PROPOS SEMANTIQUE P.6
GLOSSAIRE ART, ART-THERAPIE ET ESTHETIQUE P.9
GLOSSAIRE MEDECINE ET PSYCHOLOGIE P.11
INTRODUCTION P.13

PARTIE 1 : L'ART-THERAPIE PERMET DE RAVIVER LA SAVEUR EXISTENTIELLE DE PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES ASSOCIES. P.15
I° LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER SOUFFRENT DE LA PERTE PROGRESSIVE DE LEUR IDENTITE ET DE LEURS LIENS SOCIAUX GENERANT UNE BAISSE DE LA SAVEUR EXISTENTIELLE. P.16
I.1) La maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative évolutive et irréversible altérant la mémoire. P.16
I.1.1) Le cerveau est affecté de manière progressive et définitive par des lésions cérébrales. P.16
I.1.2) La dégénérescence neuronale se manifeste par une altération progressive et irréversible de la mémoire. P.16
I.1.2.1) La mémoire est une activité biologique et psychique multiple. P.16
I.1.2.2) Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer développent une amnésie antéro-rétrograde progressive et irréversible. P.17
I.1.3) L'altération mnésique générée par la maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles cognitifs sévères. P.17

I.2) La maladie d'Alzheimer majore chez les personnes âgées des troubles de l'expression, de la relation et de la communication. P.18
I.2.1) La maladie d'Alzheimer affecte la conscience identitaire et le comportement des personnes âgées. P.18
I.2.2) La maladie d'Alzheimer a des répercussions sur la qualité de vie des personnes âgées et sur celle de leur entourage familial. P.19

I.3) Les symptômes de la maladie d'Alzheimer et leurs effets varient selon les personnes âgées. P.19
I.3.1) L'évolutivité imprévisible de la maladie d'Alzheimer se caractérise par une hétérogénéité des troubles mnésiques selon les personnes âgées. P.19
I.3.2) L'esthésie et la mémoire affective des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sont préservées. P.20
I.3.3) La persistance d'une vie affective chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer contribue à préserver certaines de leurs capacités cognitives. P.21

II° L'ART A UN POUVOIR EXPRESSIF ET EDUCATIF AINSI QUE DES EFFETS RELATIONNELS P.22
II.1) L'Art est une activité humaine privilégiée d'expression. P.22
II.1.1) L'artiste met en forme ses ressentis et affirme sa personnalité. P.22
II.1.2) L'œuvre d'Art est le fruit du processus créateur de l'artiste dans un espace et un temps donnés. P.22

II.2) L'Art est une activité humaine volontaire et orientée vers un idéal esthétique. P.23
II.2.1) Le Beau est un ressenti corporel savouré et recherché par l'artiste qui s'engage dans une activité artistique à visée esthétique. P.23
II.2.2) L'œuvre d'Art met en relation son créateur avec un public. P.25

II.3) L'Art a un pouvoir éducatif. P.25
II.3.1) L'Activité artistique développe des savoir-faire et des facultés humaines. P.25
II.3.2) Les Arts plastiques et l'écriture sont des techniques artistiques spécifiques stimulant l'esthésie, la mémoire et l'imagination. P.26

III° L'ART-THERAPIE UTILISANT LE POUVOIR EXPRESSIF ET EDUCATIF DE L'ART AINSI QUE SES EFFETS RELATIONNELS PERMET DE RAVIVER LA SAVEUR EXISTENTIELLE DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER. P.27
III.1) L'originalité de l'Art-thérapie est d'impliquer l'Art dans un processus de soin visant l'amélioration de la qualité de vie de l'être humain. P.27
III.1.1) L'Art-thérapie repose sur la théorie de l'Art opératoire. P.27
III.1.2) La théorie de l'Art opératoire est mise en pratique via le cube harmonique et l'observation du phénomène artistique. P.29

III.2) L'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. P.30
III.2.1) L'Art-thérapie exploitant l'esthésie favorise le plaisir esthétique et la qualité existentielle des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. P.30
III.2.2) L'Art-thérapie développant le goût et le style des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer leur permet d'affirmer leur personnalité et de maintenir leur continuité identitaire. P.31
III.2.3) L'Art-thérapie exploitant la mémoire affective et les effets relationnels de l'Art permet à des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer de maintenir des liens sociaux. P.32

III.3) Plusieurs expériences d'ateliers d'Art-thérapie ont été menées auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. P.32
III.3.1) Le dessin et la peinture sont utilisés par une psychologue clinicienne comme méthode diagnostique et thérapeutique auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. P.32
III.3.2) Des expériences d'ateliers d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques, musique et/ou danse sont régulièrement menées auprès de personnes âgées Alzheimer par des Art-thérapeutes formés à l'Ecole d'Art-thérapie de Tours. P.33

<u>PARTIE 2</u> : AU SEIN DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DU CHU DE LIMOGES, L'ART-THERAPEUTE, DONT L'ORIGINALITE EST D'IMPLIQUER L'ART DANS UN PROCESSUS DE SOIN, ACCOMPAGNE DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER AU MOMENT OÙ SE TRANSFORMENT LEURS LIENS FAMILIAUX. P.35
I° L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DE LIMOGES EST SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE, INTERMITTENTE ET PONCTUELLE DE PERSONNES AGEES ATTEINTES DE DEMENCES EVOLUTIVES VIVANT A LEUR DOMICILE AVEC LEURS FAMILLES P.36
I.1) L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges est un lieu d'évaluation des pathologies physiques et psychiques des personnes âgées. P.36
I.1.1) La spécificité de son mode de fonctionnement permet d'individualiser les projets de soin des patients. P.36
I.1.2) L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges intervient dans la coordination des soins et des acteurs autour des patients. P.36
I.1.3) Les pathologies des patients sont évaluées de manière globale, individualisée et standardisée. P.37

I.2) L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges est un lieu d'accompagnement thérapeutique des patients et de leurs familles. P.37
I.2.1) La majorité des patients souffrent de la maladie d'Alzheimer. P.37
I.2.2) Les patients bénéficient d'un programme de soin à visée réadaptative et psychothérapeutique. P.37
I.2.3) L'équipe pluridisciplinaire de l'unité joue un rôle essentiel dans la médiation familles/patients. P.38

II° L'ATELIER D'ART-THERAPIE S'INTEGRE DANS LE PROJET THERAPEUTIQUE GLOBAL DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DE LIMOGES POUR ACCOMPAGNER DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER AU STADE MODERE. P.38
II.1) L'Art-thérapie est un métier à part entière et une pratique thérapeutique originale. P.38
II.1.1) L'Art-thérapeute intervient sur indication médicale et élabore pour chacun de ses patients un projet thérapeutique approprié et personnalisé. P.38
II.1.2) L'Art-thérapeute utilise des outils d'observation et d'évaluation spécifiques pour accompagner ses patients. P.38
II.1.3) L'Art-thérapeute possède des compétences artistiques et respecte le Code de Déontologie de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours. P.39

II.2) L'Art-thérapeute adapte son atelier d'Art-thérapie selon le profil de ses patients et selon le mode de fonctionnement de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges. P.39
II.2.1) L'Art-thérapeute intervient sur l'indication médicale du gériatre et elle implique l'équipe pluridisciplinaire de l'unité dans son atelier d'Art-thérapie. P.39
II.2.2) Les personnes âgées accompagnées en Art-thérapie sont respectées dans leur singularité . P.41
II.2.3) L'Art-thérapeute adopte et met en pratique la méthode de la Validation dans l'accompagnement éthique de ses patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. P.42

III° L'ART-THERAPEUTE PRESENTE DEUX ETUDES DE CAS. P.43
III.1) Mme Lilas bénéficie de séances d'Art-thérapie individuelles à dominante Arts plastiques. P.43
III.1.1) L'Art-thérapeute découvre l'histoire de vie de Mme Lilas et détermine son état de base en amont des séances d'Art-thérapie. P.43
III.1.2) L'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas repose la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique appropriée et personnalisée. P.45
III.1.3) Le bilan évaluatif de l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas est communiqué à l'équipe de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges. P.48

III.2) Mme Céladon bénéficie de séances d'Art-thérapie individuelles à dominante écriture. P.53
III.2.1) L'Art-thérapeute découvre l'histoire de vie de Mme Céladon et détermine son état de base en amont des séances d'Art-thérapie. P.53
III.2.2) L'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon repose sur la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique appropriée et personnalisée. P.55
III.2.3) Le bilan évaluatif de l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon est communiqué à l'équipe de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges. P.58

<u>PARTIE 3</u> : L'IMPLICATION DES FAMILLES DANS LE PROGRAMME DE SOIN ENVISAGE ENTRE LES SEANCES D'ART-THERAPIE PROPOSEES A DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER CONSTITUE POUR L'ART-THERAPEUTE UNE QUESTION ETHIQUE. P.63

I° LA QUESTION DE LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SOIN EN ART-THERAPIE POUR DES PERSONNES AGEES ALZHEIMER S'EST POSEE LORS DE NOTRE EXPERIENCE D'ATELIER D' ART-THERAPIE AU SEIN DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DE LIMOGES. P.64

I.1) La pathologie des patients et les modalités de leur prise en charge à la jonction du domicile et de l'institution motivent la mise en place d'un programme de soin en Art-thérapie impliquant les familles. P.64

I.2). La faisabilité et l'intérêt d'un programme de soin en Art-thérapie impliquant les familles des patients sont discutés à travers l'analyse comparative de nos deux études de cas. P.64

I.3) Le programme de soin peut être un moyen de renforcement de l'action Art-thérapeutique s'il s'inscrit dans la stratégie thérapeutique. P.66

II° LA CONFRONTATION DE NOTRE EXPERIENCE D'ATELIER D'ART-THERAPIE A D'AUTRES DISCIPLINES ET PRATIQUES D'ART-THERAPIE PERMET DE DISCUTER DU ROLE ATTRIBUABLE AUX FAMILLES DANS L'ACCOMPAGNEMENT ART-THERAPEUTIQUE DE LEURS PROCHES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER. P.68

II.1) L'analyse comparative de l'Art-thérapie et de la systémie familiale démontre que les familles peuvent être elles-mêmes des patients ou des partenaires de soin. P.68

II.1.1) L'Art-thérapeute et le thérapeute familial mettent en œuvre une méthodologie et une approche thérapeutique différentes. P.68

II.1.2) La confrontation de l'Art-thérapie et de la systémie familiale soulève la question de la pertinence de l'implication des familles dans le programme de soin en Art-thérapie. P.70

II.2) La confrontation de notre expérience d'atelier d'Art-thérapie à d'autres pratiques similaires démontre que les familles, spectatrices ou co-artistes, peuvent être un soutien affectif pour leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer. P.72

III°L'ART-THERAPEUTE PEUT ADOPTER UNE DEMARCHE D'ETHIQUE APPLIQUEE POUR EVALUER LA PERTINENCE ET LES MODALITES D'IMPLICATION DES FAMILLES DANS LE PROGRAMME DE SOIN MIS EN PLACE DANS L'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THERAPIE DE LEURS PROCHES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER. P.77

III.1) La démarche d'éthique appliquée est un processus de réflexion neutre, interactif et contextualisé. P.77

III.2) Le paradoxe statutaire des familles est à prendre en compte dans une démarche d'éthique appliquée à l'accompagnement en Art-thérapie de personnes âgées Alzheimer. P.78

CONCLUSION P.80

BIBLIOGRAPHIE P.81

ANNEXES P.83

PROPOS SEMANTIQUE

Afin de faciliter la lisibilité et la compréhension de notre mémoire, nous apportons dans ce propos sémantique préalable des précisions lexicales et explicitons les concepts[1] principaux, issus de diverses disciplines, sur lesquels repose notre démarche Art-thérapeutique (exposée dans ce présent mémoire en gériatrie).

En effet, notre démarche en Art-thérapie est fondée sur un positionnement et un questionnement éthiques. D'un point de vue terminologique, nous faisons référence au philosophe Paul RICOEUR qui définit l'éthique de manière dialectique[2] avec la morale, présentant la singularité et la complémentarité de ces deux concepts. L'éthique relève de la téléologie[3], de la visée de la vie bonne pour un sujet alors que la morale renvoie à une dimension déontologique[3], à un devoir universel. Bien qu'instaurant la primauté de l'éthique sur la morale, Paul RICOEUR démontre la nécessité de soumettre la visée éthique à l'épreuve de la norme et donc de la morale. Autrement dit, dans notre mémoire, nous envisageons l'éthique comme étant la recherche d'une sagesse de l'action qui, transposée dans le domaine médical, désigne le questionnement critique des professionnels de santé sur leur pratique et sur le sens à donner à l'accompagnement thérapeutique des patients, chacune de leurs actions et décisions influant sur la vie des patients et/ ou de leurs familles. Aussi, d'un point de vue méthodologique, nous faisons référence à l'éthique appliquée[4] (recouvrant notamment l'éthique professionnelle) qui analyse des situations précises et concrètes en fonction du contexte. Le questionnement éthique, complexe et mis en œuvre au cas par cas, peut s'accompagner sur le terrain, selon les situations rencontrées, de dilemmes éthiques plus ou moins épineux. Nous faisons ici allusion aux conflits de valeurs ou dans l'interprétation de ces valeurs pouvant survenir dans le cadre d'une démarche d'éthique appliquée en milieu de soin.

Le premier corrélat de notre questionnement éthique en Art-thérapie repose sur la prise en compte de l'altérité et la mise en oeuvre d'une relation à autrui basée sur l'empathie. Le mot « empathie » employé dans notre mémoire est issu du vocabulaire de la psychologie sociale: il désigne « *l'attitude envers autrui caractérisée par un effort de compréhension intellectuelle de l'autre (notamment son état émotionnel) excluant tout entraînement affectif personnel (sympathie, antipathie) et tout jugement moral* »[5]. Cet acte d'identification à l'autre nous permet en retour de prendre la mesure de notre propre humanité. Conscients que l'humanité de l'Homme ne peut être définie de manière universelle et immuable, nous optons pour les définitions proposées par Emmanuel LEVINAS et Axel KAHN. De manière conjointe, elles prennent tout leur sens dans le cadre d'un accompagnement en Art-thérapie d'une personne en souffrance. Rencontrer autrui c'est faire la rencontre avec son « visage », selon le vocabulaire du philosophe Emmanuel LEVINAS. Ce « visage » nous révèle l'humanité de l'Homme par-delà toutes les caractéristiques sociales. Il nous appelle et nous renvoie à une responsabilité. Vivre son humanité, c'est percevoir cet appel, c'est être pour autrui[6]. En d'autres termes, la rencontre entre un Art-thérapeute et son patient est une

---

1 Nous envisageons le mot « concept » dans sa définition étymologique (du latin *conceptus*, de *concipere*: « admettre dans sa pensée ») c'est-à-dire qu'il désigne un contenu de pensée déterminé, permettant de saisir ensemble divers aspects d'une même entité. Cette définition est issue du *Dictionnaire étymologique du français*, Jacqueline PICOCHE, éd. Les Usuels Le Robert, 1992.

2 P. RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, éd. Du Seuil, 1990, VII^{è}, VIII^{è} et IX^{è} Etudes, p.199-345.

3 Dans son ouvrage *Le soignant et la démarche éthique*, éd. Estem, 2009, p.7-8, Philippe SVANDRA définit ces deux termes en faisant référence à la fois à l'étymologie et aux travaux des philosophes. Selon lui, ces deux termes structurent la pensée éthique moderne. La téléologie (du grec *télos* (la fin) et *–logos* (théorie)) est l'étude ou le discours sur les fins, les buts. Elle accorde la primauté au résultat de l'action. La déontologie (du grec *dé-ontos* (ce qui n'est pas/ par extension, *ce qui devrait être*), il faut donc comprendre ici « ce qu'il faut faire ») est l'étude ou le discours sur les normes, les règles et les procédures. Ainsi, dans le langage courant, la déontologie représente l'ensemble des règles qui régissent une profession et la conduite de ceux qui l'exercent (déontologie des médecins, des juges,…).

4 J.-F. DORTIER dir.*, Dictionnaire des sciences humaines*, éd. Sciences Humaines, 2004.

5 L.-M. MORFAUX, *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, éd. Armand Colin, Paris, p. 99.

6 E. LEVINAS, *Totalité et infini- Essai sur l'extériorité*, éd. Kluwer Academic, 2009, p.203-242.

rencontre entre deux êtres humains qui perçoivent l'humanité de l'autre et en retour éprouvent leur propre humanité. Pour Axel KAHN, « *l'être humain est le seul à éprouver des émotions esthétiques mais aussi et surtout à créer de la Beauté. Les animaux expriment la beauté qui est dans la nature* »[7]. Cette définition remet en cause les précédentes définitions résumant la spécificité humaine à l'ensemble de ses capacités intellectuelles, en démontrant que l'esthétique est la preuve de l'humanité de personnes dégradées au niveau cognitif. Elle met en exergue de manière discriminante la singularité de l'être humain qui est le seul à être doté d'un potentiel artistique. Dans une perspective de soin, l'originalité de l'Art-thérapie est, selon Richard FORESTIER, d'exploiter ce potentiel artistique inhérent à l'être humain dans une visée thérapeutique et humanitaire.

Le respect de l'être humain dans toute sa singularité constitue en effet le deuxième corrélat de notre questionnement éthique en Art-thérapie. Une personne malade demeure un être humain, unique et digne. La dignité[8] humaine nécessiterait une définition universelle fondée sur un principe commun à toute l'humanité, au sein du pluralisme des cultures et des croyances. Dans cette perspective, nous pourrions accepter la définition du philosophe Emmanuel KANT. Selon lui, la dignité humaine est une sorte de valeur absolue, inconditionnelle, incomparable et invariable attribuée à des personnes. « *Dans le règne des fins, tout a un prix ou une dignité. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'*équivalent *; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, et par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité. (…) ce qui constitue la condition qui seule peut faire que quelque chose est une fin en soi, cela n'a pas seulement une valeur relative, c'est-à-dire un prix, mais une valeur intrinsèque, c'est-à-dire une dignité*»[9].

Néanmoins, la dignité humaine, parce qu'elle englobe plusieurs concepts tels que le respect, la liberté, le droit, la conscience ou la morale, demeure insaisissable. Bien qu'elle puisse être difficile à cerner, elle peut être reconnue comme « *ce qui élève chacun de nous au-delà de lui-même* »[10]. Thomas DE KONINCK, développant une approche épistémologique de la notion de dignité humaine, souligne notamment le fait que celle-ci repose sur un désir de reconnaissance sous-tendu par le désir d'être « aimé » d'autrui. Transposé dans le cadre d'un accompagnement Art-thérapeutique, il s'agit là pour l'Art-thérapeute d'adopter une attitude respectueuse de lui-même et du patient, de reconnaître que c'est le patient lui-même qui donne de la dignité à sa vie, et également, comme le souligne Eric FIAT, que celui-ci demeure digne d'être « aimé » malgré tout dépouillement. Eric FIAT, s'appuyant sur la mythologie grecque, démontre que le mot « amour » peut prendre trois définitions. « *Si l'on fait allusion à Eros, le dieu de l'Amour et de la puissance créatrice, l'amour est synonyme de désir charnel. Philia évoque l'amitié qui fait que l'on apprécie jusqu'à la simple présence de l'autre, permettant ainsi le lien social. Si l'on fait allusion à Agapè, l'amour est spirituel, synonyme de charité. Dans ce dernier cas, il s'agit d'aimer l'autre au-delà de ses qualités et de la maladie. La personne en situation de grande vulnérabilité nous confronte à de l'insupportable (odeurs d'urine, visage défiguré, mutisme,…). Et cet insupportable finit parfois par rendre difficile la sollicitude.* »[11] Ainsi, la personne malade doit être considérée et accompagnée comme une personne à part entière, digne d'être « aimée » pour ce qu'elle est.

---

7 Propos tenus par Axel KAHN lors de sa leçon inaugurale dans le cadre du Congrès international d'Art-thérapie qui s'est tenu à la Faculté de Médecine de Tours du 19 au 21 février 2010, à l'occasion du 25è anniversaire du premier diplôme universitaire français d'Art-thérapie. Ces propos sont issus de notre prise de notes *in situ*.

8 Le mot « dignité » (issu du latin *dignitas*) désigne le fait de mériter l'estime.

9 E. KANT, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, 2è section, trad. Victor DELBOS, éd. Vrin, 1992.

10 T. DE KONINCK, G. LAROCHELLE *dir*, *La dignité humaine - Philosophie, droit, politique, économie, médecine*, éd. Presses Universitaires de France, 2005, p.177.

11 Propos tenus par Eric FIAT lors de son intervention dans le cadre du 2ème Colloque international sur les *Approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, Prendre soin et milieux de vie*, organisé par Agevillage à la Cité des sciences et de l'industrie de Paris les 12 et 13 Novembre 2009. Ces propos sont issus de notre prise de notes *in situ*.

Les termes d' « identité »[12] et de « personnalité »[13] employés dans notre mémoire sont issus du vocabulaire de la psychologie. Au lieu d'opter pour l'une des nombreuses définitions possibles du mot « identité », nous nous intéressons davantage à la genèse de l'identité qui, selon le psychologue américain Erik ERIKSON, s'inscrit toujours dans une relation interactive à autrui, dans le temps et dans l'espace. Par ce parti pris, nous souhaitons mettre en exergue le fait que les personnes âgées Alzheimer que nous accompagnons en Art-thérapie, bien qu'oubliant progressivement leur passé, continuent à vivre au présent et à construire leur identité au gré de leurs rencontres et de leurs expériences, comme tout être humain. L'être humain est un être social mais aussi il est doté d'une personnalité unique. Selon l'Institut de Psychogériatrie, « *la personnalité est une structure de pensée, de sentiments ou de comportements en lien avec l'organisation psychique intérieure et stable de la personne* »[14]. Lorsque nous évoquons dans notre mémoire les troubles de la personnalité générés par la maladie d'Alzheimer, nous faisons allusion à ces troubles de l'adaptation de la personne aux situations rencontrées. Il y a en effet « *une modification de ce qui est attendue de la personne sur le plan émotionnel et cognitif, sur le plan du contrôle des impulsions ou du fonctionnement interpersonnel.*»[14] Par ailleurs, lorsque nous employons le mot « personnalité » dans le chapitre évoquant le pouvoir et les effets de l'Art, en précisant que l'artiste exprime artistiquement sa personnalité, ce terme est à comprendre comme synonyme de « singularité ». En effet, nous mettons ici en lumière le fait que chaque personne âgée Alzheimer accompagnée en Art-thérapie est une personne dont la singularité s'exprime et s'observe dans l'activité artistique qu'elle pratique.

Sur un plan plus pratique, afin d'alléger la lecture du mémoire, des abréviations, des simplifications ou modifications d'expressions ont été utilisées. Chaque abréviation utilisée est expliquée en note de bas de page. Le mot « patient », employé au singulier comme au pluriel, tout comme l'expression « personne âgée Alzheimer », sont à comprendre comme étant des synonymes de l'expression « personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer » en gardant à l'esprit qu'il s'agit de raccourcis et que sous ces termes, on envisage toujours ces malades comme des personnes à part entière. Dans l'ensemble de notre mémoire, nous employons le « nous » pour parler en notre nom, sauf dans la partie deux où nous avons préféré utiliser l'expression au singulier « l'Art-thérapeute » pour mettre en exergue la spécificité de l'Art-thérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire et pour retranscrire la relation duelle existant entre l'Art-thérapeute et son patient lors des séances d'Art-thérapie. Afin de préserver l'anonymat des patients dont l'accompagnement est présenté dans cette partie deux du mémoire, nous avons choisi des noms d'emprunt avec pour parti pris de choisir des noms évoquant pour chacune des deux dames accompagnées, un aspect de leur personnalité, de leur singularité. Nous nommons la première dame Mme Lilas car elle manifeste un goût prononcé pour les fleurs et les couleurs violet et parme. Nous nommons la deuxième dame Mme Céladon car elle apprécie les bijoux, les couleurs bleu et vert.

Pour conclure, notre démarche en Art-thérapie a été ici exposée au lecteur à travers un prisme sémantique prenant en compte la polysémie française, la spécialisation des disciplines élaborant chacune leur jargon ainsi que la transversalité de concepts fondamentaux témoignant de l'étendue et du renouveau du champ de la connaissance. Nous espérons ainsi guider et intéresser les futurs lecteurs de notre mémoire.

---

[12] Le mot « identité » (issu du latin *identitas*, dér. de *idem*) signifie le même.

[13] Le mot « personnalité » (issu du latin *persona* désignant à l'origine le masque des acteurs ; et de *per-sonare* signifiant résonner au travers) désigne ensuite l'acteur lui-même, son individualité.

[14] Cf. www.psychogeriatrie.fr

GLOSSAIRE ART, ART-THERAPIE ET ESTHETIQUE

Les mots définis dans ce glossaire sont repérables dans le mémoire par l'astérisque ✿

·**ART:** activité humaine privilégiée d'expression, volontaire et orientée vers un idéal esthétique.
·**ARTS D'AGREMENT ET DE CONFORT:** ateliers de loisirs utilisant l'esthétique comme détournement momentané de la vie quotidienne ou dans un but mercantile.
·**ARTS PRATIQUES ET D'ACCOMPAGNEMENT:** utilisent l'esthétique comme véhicule d'idées (ex:lors de manifestations sociales), comme mode d'illustration d'un fait divers.
·**ART-THERAPIE:** exploitation du potentiel artistique d'une personne dans une visée thérapeutique et humanitaire, selon la définition de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours.
·**CADRE THERAPEUTIQUE:** est établi en fonction des besoins des patients, des modalités de travail de l'Art- thérapeute et de ses propres références personnelles. Il se définit par des critères précis comme la fréquence, la durée, le lieu, la position des personnes, le rapport contractuel et la confidentialité. Il rend possible la confiance en assurant la sécurité psychologique des patients.
·**CIBLE THERAPEUTIQUE:** l'élément précis sur lequel l'Art-thérapeute travaille.
·**CREATION:** désigne, selon sa définition première, l'extraction du néant. Dans ce mémoire, ce terme désigne le fait de réaliser des productions artistiques.
·**CREATIVITE:** effort de l'être humain pour éliminer les connaissances qu'il a acquises mais il vit dans un monde sensible donc il capte toujours quelque chose issu du monde extérieur (présenter quelque chose) ou il puise dans ses connaissances (se représenter quelque chose).
·**CUBE HARMONIQUE:** modalité auto-évaluative et processeur thérapeutique. Le patient effectue une cotation pour le Beau (le plaisir esthétique), le Bien (la qualité technique de la production) et le Bon (l'envie de continuer à s'impliquer dans l'action ou la contemplation). L'Art-thérapeute analyse ces cotations qui, dans l'ensemble de la prise en charge, sont associées aux fiches d'observations.
·**DOMINANTE:** caractérise la nature de l'activité artistique. Par exemple, la dominante Arts plastiques peut être déclinée en dominante sculpture.
·**DRIPPING** (*to drip*, goutter) : technique consistant à faire des coulures et superpositions de couleurs sur une toile, en perçant un trou au fond de pots de peinture. Un mince filet de couleur qui prend alors toutes les sinuosités des mouvements pendulaires que lui donne le balancement du bras de l'artiste.
·**DYNAMIQUE:** pour chaque séance d'Art-thérapie, regroupe les techniques employées, les phénomènes associés, la méthode et l'aspect abordé (expression, relation ou communication).
·**EPISTEMOLOGIE:** dans la tradition philosophique anglo-saxonne, l'épistémologie se confondrait avec la théorie de la connaissance. L'enquête épistémologique porte sur les modes de production de la connaissance, ses fondements, son organisation et son évolution.
·**ESTHETIQUE:** science du beau, selon la définition d'A.BAUMGARTEN (XVIII^{è} siècle). Domaine déterminé par l'effort de discrimination de la nature qualitative de la fonction sensible des choses.
·**FACULTE CRITIQUE:** raisonnement objectif, élaboré en fonction d'une référence universelle, distancié vis-à-vis de ses connaissances. La faculté critique se différencie de la faculté de critique qui est un jugement de valeur s'appuyant sur une référence personnelle.
·**FICHE DE CLOTURE:** expose l'état de base final du patient à l'issue de son accompagnement en Art-thérapie. Dans la synthèse, l'Art-thérapeute compare et analyse l'ensemble des mesures des items pour évaluer l'action thérapeutique. Dans le bilan mis dans le dossier médical du patient, sont exposées les conclusions du travail réalisé auprès du patient depuis la fiche d'ouverture.
·**FICHE D'OBSERVATION:** structurée en rubriques se subdivisant en items ou faisceaux d'items choisis par l'Art-thérapeute selon les objectifs thérapeutiques visés pour chaque patient, répartis en trois domaines (esthétique, technique et relationnel) ; remplie à chaque séance, elle permet de déterminer les éléments de base de l'évaluation des patients, d'assurer, de contrôler, voire de réajuster, l'action thérapeutique en fonction de l'observation du phénomène artistique chez les patients.
·**FICHE D'OUVERTURE:** elle recense pour chaque patient les éléments nécessaires au travail de l'Art-thérapeute en amont des séances: anamnèse médicale, professionnelle et socio-culturelle du patient, son histoire de vie, ses goûts, son intention sanitaire et esthétique, ses autres prises en charge, le résumé des premières rencontres entre l'Art-thérapeute et le patient. Cette fiche précise l'état de base initial du patient, permet d'évaluer pour celui-ci l'intérêt d'un accompagnement en Art-thérapie.

·**FOND:** ce que présente et contient l'œuvre, de manière imitative ou inventive. Le fond a besoin d'une forme pour apparaître, et il se rapporte à la partie subjective de l'Art.
·**FORME:** redevable à la technique artistique utilisée pour réaliser une œuvre, elle désigne toutes les composantes de l'œuvre d'Art et elle se rapporte à la partie objective de l'Art.
·**GOUT:** faculté humaine d'appréciation des choses, activité mentale de sélection qui s'instaure au contact d'une stimulation sensorielle.
·**IMAGINATION:** capacité à produire des images mentales, sauf les ressentis, et à se les représenter.
·**MECANISMES DE L'EXPRESSION:** mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique qui sont visibles et observables dans le monde extérieur. Ils correspondent à une partie de la phase 4 de l'opération artistique ainsi qu'aux phases 5, 6 et 8. Ce sont ces mécanismes humains que l'Art-thérapeute observe chez ses patients lors des séances.
·**MECANISMES DE L'IMPRESSION:** mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique qui ne sont pas visibles et observables dans le monde extérieur. Ils correspondent aux phases 2, 3 et une partie de la phase 4 de l'opération artistique.
·**METHODE:** regroupe plusieurs approches pédagogiques et relationnelles se résumant ainsi :

Jeu Exercice Situation	⇨	Didactique Révélateur Occupationnel Thérapeutique-	⇨	- Directif (stricte obéissance) - Dirigé (guidé pendant l'action) - Semi-dirigé (implication moindre que dirigé) - Ouverte (on a un point de départ) - Libre (l'action se crée d'elle même)

·**ŒUVRE D'ART:** manifestation humaine, sensible et concrète de l'esthétique.
·**OPERATION ARTISTIQUE**: organisation de l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique, représentée sous la forme d'un schéma opérationnel. L'opération artistique est l'ossature de l'action Art-thérapeutique car elle permet à l'Art-thérapeute de comprendre et d'analyser ce qui se manifeste dans le phénomène artistique c'est-à-dire ce qui est observable chez le patient lors des séances d'Art-thérapie.
·**PHENOMENE ARTISTIQUE**: partie observable de l'opération artistique.
·**PHENOMENE ASSOCIE:** accompagne, est nécessaire, provoqué ou influe sur la dominante.
·**PROGRAMME DE SOIN:** activité non thérapeutique programmée entre les séances d'Art-thérapie et pouvant impliquer soit l'équipe pluridisciplinaire soit les familles des patients. Il repose sur la prise en compte du contexte, la collecte d'informations et il doit être respecté car il peut avoir une incidence sur l'action Art-thérapeutique.
·**PROJET THERAPEUTIQUE:** regroupe tous les éléments permettant la faisabilité de l'action Art-thérapeutique auprès des patients (cadre thérapeutique, stratégie thérapeutique, projet institutionnel,…). Il s'adapte selon les patients, et il est inclus dans le protocole thérapeutique qui lui, prend en compte aussi l'aspect matériel et budgétaire de l'atelier d'Art-thérapie au sein d'une structure ainsi que le statut de l'Art-thérapeute (rémunération,…).
·**RESSENTI CORPOREL:** est provoqué par la captation sensorielle d'informations extérieures, il est ensuite traité par l'activité mentale. Il permet l'auto-régulation motrice et il produit des sensations de nature à déterminer l'esthétique comme science du Beau.
·**SAVEUR:** sensations liées aux mécanismes humains fondamentaux, qualité sensible de l'existence stimulée et révélée par l'esthétique.
·**SAVOIR:** acquis génétique des mécanismes humains fondamentaux.
·**SENSIBILITE ARTISTIQUE:** personne dotée d'une capacité, plus élevée que la moyenne, à capter l'aspect esthétique des choses extérieures.
·**SITES D'ACTION:** mécanismes humains défaillants.
·**STRATEGIE THERAPEUTIQUE:** organisation réfléchie et adaptée de l'action Art-thérapeutique en vue d'atteindre les objectifs thérapeutiques visés pour les patients. Il s'agit de déterminer l'état de base du patient, sa pénalité et ses potentialités, de fixer les objectifs thérapeutiques globaux et intermédiaires, d'observer le phénomène artistique lors des séances d'Art-thérapie, via la fiche d'observation, et d'évaluer le nouvel état de base du patient.
·**STYLE:** empreinte donnée par l'artiste à ce qu'il touche, à ce qu'il produit, selon sa personnalité et son intention esthétique ; trace laissée dans son activité artistique au point de le rendre reconnaissable. Le style s'impose et se génère au gré des expériences artistiques.

GLOSSAIRE MEDECINE ET PSYCHOLOGIE

Les mots définis dans ce glossaire sont repérables dans le mémoire par l'astérisque ✳.

·**AGNOSIE**: trouble de la reconnaissance des objets, non lié à un déficit sensoriel, survenant en l'absence d'un affaiblissement intellectuel important.
·**AIRES PRIMAIRES**: aires d'intégration sensorielle multimodales recevant les influx des organes des sens, commençant à en faire un traitement grossier et retransmettant ces influx aux aires associatives correspondantes qui en font une analyse plus fine.
·**AIRES ASSOCIATIVES**: aires situées au carrefour des différents lobes cérébraux, intégrant et analysant les informations sensorielles et intellectuelles élaborées provenant des aires primaires correspondantes. Les aires associatives secondaires se distinguent des aires associatives tertiaires traitant des informations provenant de plusieurs entrées perceptives.
·**AMNESIE ANTEROGRADE**: oubli progressif d'informations dont le début correspond au début de la maladie. Les capacités d'apprentissage et de mise en mémoire des évènements de la vie quotidienne sont altérées, entraînant une désorientation temporelle, voire spatiale.
·**AMNESIE RETROGRADE**: oubli des évènements survenus avant le début de la maladie avec un gradient temporel, les évènements anciens étant les mieux mémorisés.
·**AMYGDALE**: noyau en forme d'amande du lobe temporal antérieur, impliqué dans l'émotion et dans certains types de mémoire et d'apprentissage.
·**APHASIE**: trouble du langage, affectant l'expression ou la compréhension du langage écrit ou parlé, non lié à un déficit sensoriel ou moteur.
·**APRAXIE**: trouble acquis du comportement gestuel volontaire, intentionnel, empêchant la réalisation sur commande de certains gestes ; trouble non lié à un déficit moteur ou sensitif.
·**APRAXIE CONSTRUCTIVE**: altération de la construction, de l'assemblage des éléments dans les deux ou trois plans de l'espace.
·**APRAXIE IDEATOIRE**: incapacité à réaliser des gestes avec manipulation d'objets (ex : se servir d'une paire de ciseaux).
·**APRAXIE IDEOMOTRICE**: incapacité à réaliser des gestes automatiques simples sur ordre ou sur imitation n'impliquant pas la manipulation d'objets réels (ex: dire au revoir de la main).
·**APRAXIE MOTRICE**: incapacité à réaliser des mouvements fins ou adaptés au but à atteindre (agrandir la main en fonction de la taille de l'objet à saisir).
·**APRAXIE REFLEXIVE**: incapacité à réaliser des gestes sans signification sur imitation (ex : mettre les mains en ailes de papillons).
·**CERVEAU**: composé de l'hémisphère droit et de l'hémisphère gauche, reliés entre eux par le corps calleux. Chaque hémisphère se compose d'un lobe frontal en avant de la scissure de Rolando, des lobes pariétal et occipital en arrière de ce sillon central et du lobe temporal bordant la scissure de Sylvius. Le cerveau fonctionne grâce à ses cent milliards de neurones, agencés en circuits.
·**COMMUNICATION NON VERBALE**: mode de communication n'employant pas les mots (ex : les silences, les gestes, les postures, les expressions faciales ou le ton de la voix).
·**CORTEX**: partie externe périphérique du cerveau (l'écorce cérébrale) composée d'une fine couche de neurones (les corps cellulaires et les synapses).
·**CORTEX ASSOCIATIFS**: cf. définition des « aires associatives ».
·**DEGENERESCENCE NEUROFIBRILLAIRE (DNF)**: lésion intraneuronale constituée de neurofilaments anormaux organisés en paires de filaments en hélice (PHF). La protéine tau (τ) impliquée dans le transport intraneuronal et dans le maintien des structures de soutien de l'espace tridimensionnel du neurone est anormale car hyperphosphorilée.
·**DEMENCE**: syndrome caractérisé par des troubles de la mémoire, des troubles d'au moins une autre fonction cognitive et par un retentissement de ces troubles sur les activités sociales, familiales ou professionnelles. Cette définition médicale, issue des classifications du manuel anglo-américain DSM IV (1980), exclut toute cause psychiatrique.
·**ECOLE DE PALO ALTO** : école de recherche en psychologie (années 1950), du nom de la ville de Palo Alto (Californie), qui est à l'origine de la thérapie familiale et de la thérapie brève. Parmi ses fondateurs il y a G. BATESON, D. JACKSON, J. WEAKLAND, J. HALEY, R. FISCH, W. FRY.
·**ESTHESIE** (du grec *aisthêsis*: sensation, sensibilité): aptitude à percevoir des sensations.

·**FONCTIONS COGNITIVES**: ensemble des processus par lesquels une personne acquiert des informations sur elle-même et sur l'environnement, les assimile pour régler son comportement. Elles incluent les fonctions instrumentales et exécutives.
·**FONCTIONS EXECUTIVES**: non spécifiques, essentielles à tout comportement dirigé, autonome et adapté. Elles assurent la formulation d'un but, la planification et le choix des diverses étapes pour atteindre ce but, la mise en œuvre du plan sélectionné jusqu'à son terme et l'éventuelle modification en cas d'échec (ex : la pensée abstraite, l'organisation et l'« exécution » des activités cognitives).
·**FONCTIONS INSTRUMENTALES**: assurent l'encodage des informations, leur stockage et leur restitution à la demande (ex : mémoire, langage, efficience intellectuelle, praxies, gnosies).
·**GANGLIONS DE LA BASE**: noyaux siégeant en profondeur dans le cerveau antérieur, comprenant le noyau caudé, le putamen, le globus pallidus et le noyau sous-thalamique.
·**GENOGRAMME**: modélisation graphique du système relationnel familial, incluant dans sa représentation au moins trois générations. Chaque membre de la famille est représenté par un symbole graphique conventionnel, déterminant le sexe, l'âge, le fait d'être vivant ou décédé. Chaque relation est représentée par un trait horizontal ou vertical, définissant le type d'alliance ou de filiation qui unit deux ou plusieurs membres. On y ajoute les noms et les dates importantes.
·**GNOSIES**: faculté permettant de reconnaître par l'un des sens la forme d'un objet, de se le représenter et d'en saisir la signification.
·**HIPPOCAMPE**: cinquième circonvolution temporale située dans la face inférieure du lobe temporal du cerveau, jouant un rôle primordial dans les processus de mémorisation.
·**IATROGENIE**: troubles imprévisibles ou non prévus pouvant survenir à la suite d'un traitement médical. Les enquêtes de pharmacovigilance sont centralisées par l'Organisme Mondial de la Santé.
·**LOBE FRONTAL**: partie antérieure du cerveau, comprenant les aires motrices jouant un rôle dans la programmation motrice. Les autres aires assurent le comportement, le langage (sa composante expressive), la planification, l'organisation intellectuelle, les convenances sociales.
·**LOBE OCCIPITAL**: partie postérieure du cerveau, comprenant notamment les aires visuelles.
·**LOBE PARIETAL**: situé en arrière du lobe frontal, il reçoit les influx sensitifs. Il est le siège de la sensibilité, du langage (la compréhension du langage) et des fonctions visuo-spatiales. Il assure, entre autres, la gestion du geste (praxie) et la reconnaissance des objets (gnosie).
·**LOBE TEMPORAL**: situé en dessous de la scissure de Sylvius, il se prolonge à la partie inférieure et interne de l'encéphale. Il comporte les aires auditives, une partie des aires du langage et des zones fonctionnelles ayant un rôle dans le processus de mémorisation.
·**NEOCORTEX**: couche de substance grise qui constitue la paroi des hémisphères cérébraux.
·**NEUROBIOLOGIE**: étude du fonctionnement des cellules et des tissus nerveux.
·**PLAQUE SENILE (PS)**: dépôts extracellulaires, de forme sphérique, formés d'un noyau de substance amyloïde en son centre et d'une couronne de neurites (prolongements nerveux dégénérés) associée à des cellules gliales. Ces dépôts résultent de l'agrégation du peptide bêta-amyloïde (protéine dérivant de la molécule précurseur l'APP : Amyloïd Precursor Protein).
·**PRAXIES**: la coordination normale des mouvements vers un but donné.
·**SOCIOGRAMME** : schéma proposé par C. SLUZKI (1982) qui répartit le paysage social d'une personne en quatre « tranches » d'une aire circulaire, représentant chacune un secteur de sa vie sociale (vie professionnelle, amis, famille, et « divers »). L'aire est organisée en cercles concentriques, le milieu correspondant au « moi » du sujet, et les autres cercles définissant le degré de proximité que ce « moi » entretient avec les autres personnes selon les divers secteurs (distance affective). Il peut être réalisé par le patient qui apprécie lui-même la distance affective qu'il entretient avec son entourage.
·**STRIATUM**: terme désignant le noyau caudé et le putamen (qui sont des ganglions de la base).
·**SYSTEME LIMBIQUE**: ensemble de structures primitives comprenant l'hippocampe, le septum et les bulbes olfactifs, intervenant dans le contrôle des comportements émotionnels.
·**SYSTEME NERVEUX CENTRAL (SNC)**: portion du système nerveux constituée de la moelle épinière et de l'encéphale (qui comprend le cerveau, le tronc cérébral et le cervelet). Il joue un rôle de réception, de traitement, d'intégration et d'émission des messages nerveux.
·**SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE (SNP)**: portion du système nerveux constituée des nerfs crâniens sensori-moteurs issus du tronc cérébral, des nerfs spinaux issus de la moelle épinière et des ganglions du système nerveux entérique. Il fait circuler l'information entre les organes et le système nerveux central. Il réalise les commandes motrices de ce dernier.

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative dont la prévalence et l'incidence augmentent avec le vieillissement actuel de la population. Selon l'association Alzheimer's Disease International[1], le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer devrait doubler en 20 ans dans le monde entier. Selon les sources[2] de l'INSEE[3], il y aurait 880 000 malades Alzheimer en France en 2011 et plus d'1,3 million de Français concernés en 2020. Quatrième cause de mortalité en France, la maladie d'Alzheimer fut décrétée grande cause nationale en 2007. Aussi, un Plan Alzheimer[4] a été établi et mis en action pour 2008-2012. Ce plan a pour objectif de favoriser la recherche pour mieux connaître cette pathologie, de valoriser les démarches éthiques et solidaires pour sensibiliser et mobiliser le grand public et surtout, d'améliorer les dispositifs de santé pour mieux prendre en charge les malades et leurs familles. Incurable et évolutive, la maladie d'Alzheimer demeure en effet un sujet de recherche médicale. La nature et le nombre de ses facteurs de risque et de protection font toujours l'objet de recherches épidémiologiques bénéficiant de l'apport récent des neurosciences, notamment en imagerie cérébrale. Dans ce contexte, les approches thérapeutiques non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer dans l'accompagnement quotidien des patients et de leurs familles présentent un intérêt notable et complémentaire. L'Art-thérapie, selon le modèle de l'Ecole de Tours, exploite le potentiel artistique de personnes malades dans une visée thérapeutique et humanitaire. L'Art-thérapie constitue donc une démarche thérapeutique appropriée dans l'accompagnement de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer d'autant plus que cette pathologie génère et majore des troubles de l'expression, de la relation et de la communication.

Intervenant depuis plusieurs années en tant qu'animatrice socioculturelle auprès de personnes âgées atteintes de démences, comme la maladie d'Alzheimer, nous avons suivi la formation d'Art-thérapie proposée par l'Ecole de Tours dans un double objectif. D'une part, nous avons été sur le terrain témoins de situations[5] émouvantes au cours desquelles certaines personnes âgées, sensibles au pouvoir d'entraînement de l'Art, pouvaient dépasser certaines de leurs limites, surprenant ainsi le personnel les accompagnant le temps d'une douche, d'une activité ou d'un trajet. Ces situations se sont avérées ponctuelles et non réitérées. Nous avons donc envisagé l'Art-thérapie comme une démarche thérapeutique appropriée pour maintenir et pérenniser l'élan de ces personnes âgées dans l'activité artistique en vue d'améliorer leur qualité de vie sous le regard bienveillant du personnel soignant. D'autre part, sans oublier que l'Art-thérapie est une discipline professionnelle spécifique, nous l'avons aussi envisagé comme une démarche thérapeutique pouvant être complémentaire à l'animation dont la visée est éducative et sociale. Par exemple, une personne âgée Alzheimer, repliée sur elle-même, refusant de participer aux animations collectives proposées au sein de la structure dans laquelle elle réside, peut s'impliquer progressivement et avec plaisir dans une activité

---

1 Cf. site internet www. alz.co.uk

2 Cf. site internet www.insee.fr

3 INSEE= Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

4 Le Plan Alzheimer, consultable en détail sur le site ministériel www.plan-alzheimer.gouv.fr, se décline en quarante-quatre mesures réparties selon trois axes scientifique, médical et social.

5 A titre d'exemple, nous vous relatons la petite histoire de Mme P., atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à sévère, qui ne parle que par onomatopées et qui présente des difficultés pour marcher. Ne comprenant plus ce qu'on lui dit, elle n'est pas en capacité de réaliser une action sur consigne. Lors d'un spectacle musical, particulièrement enjouée, elle s'est laissée emporter par le rythme entraînant de l'accordéon, elle tapait des mains et elle cherchait à se lever de son fauteuil. Ayant vu cela, une animatrice et une aide-soignante sont venues à sa rencontre et l'ont accompagnée dans son mouvement jusqu'à ce qu'elle soit debout. Suite à ce bal, dans un objectif de maintien d'autonomie motrice, il a été instauré par l'équipe pluridisciplinaire d'inciter Mme P. à se lever en lui chantant des chansons de son époque.

artistique personnelle lors de séances d'Art-thérapie individuelles et accepter au bout de plusieurs séances de participer à nouveau à une animation collective.

Dans ce mémoire, nous avons pris le parti de nous intéresser exclusivement à la maladie d'Alzheimer, intéressés par le défi médical, thérapeutique et social que cette pathologie représente pour aujourd'hui et pour demain. Dans cette optique, l'Art-thérapie joue un rôle fondamental en permettant à des personnes âgées Alzheimer de retrouver le goût le vivre par le plaisir esthétique, de se sentir vivantes, dignes et uniques via l'activité artistique. Egalement, nous avons choisi de mettre en lumière la singularité des personnes âgées Alzheimer, de les présenter en tant que personnes à part entière, dotées d'une histoire de vie, animées par des émotions, des sentiments et des envies. La relation éthique et de proximité instaurée auprès de ces personnes âgées lors de nos accompagnements Art-thérapeutiques constitue le fil rouge de notre mémoire.

En effet, dans la première partie, en nous appuyant sur les récents travaux en neurologie et neuropsychologie, nous présentons la maladie d'Alzheimer en insistant sur l'hétérogénéité de ses modalités d'expression. La nature et la sévérité des troubles mnésiques, cognitifs et comportementaux générés par cette pathologie varient selon les personnes âgées, selon leur vécu de la maladie, ou selon le stade d'évolution de celle-ci. Ainsi, lorsque nous émettons l'hypothèse que l'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, nous rappelons que la technique artistique, qui leur est proposée lors des séances d'Art-thérapie, doit être adaptée selon leur pathologie et selon leur personnalité. Dans cette optique, le pouvoir et les effets de l'Art sont présentés de manière dialectique avec les troubles générés par la maladie d'Alzheimer et, les bénéfices de l'Art-thérapie obtenus auprès de ce public sont exposés à travers la confrontation de diverses expériences d'Art-thérapie.

Dans la deuxième partie, nous présentons et analysons l'atelier d'Art-thérapie que nous avons mené au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges. Toujours dans ce souci de respecter les personnes âgées Alzheimer dans leur singularité, nous présentons deux études de cas comme étant deux rencontres humaines, uniques et riches. Nous les évaluons de manière individuelle et comparative. Le choix de la technique artistique a été effectué selon le stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer dont souffrent ces deux personnes âgées, selon la spécificité des troubles mnésiques générés et surtout selon leur histoire de vie, leurs goûts et leurs envies. Mme Lilas préférait le collage, Mme Céladon l'écriture. Ces deux dames ont donc été accompagnées de manière individuelle dans la pratique d'une activité artistique personnelle, adaptée et valorisante.

Dans la troisième partie, nous développons une problématique rencontrée lors de notre expérience d'atelier d'Art-thérapie au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges. Nous présentons et discutons cette problématique de manière comparative et argumentative avec d'autres expériences d'ateliers d'Art-thérapie menées auprès de personnes âgées Alzheimer et également, avec d'autres disciplines telles que la systémie familiale. Ayant constaté le retentissement de la maladie d'Alzheimer sur les liens familiaux unissant la personne âgée malade avec ses proches, nous nous sommes posés la question éthique de l'implication des familles dans le programme de soin envisageable entre les séances d'Art-thérapie. Autrement dit, nous avons réfléchi à la mise en action d'un tel dispositif, avec ses bénéfices et ses inconvénients, en adoptant une démarche d'éthique appliquée prenant en compte notamment, pour chaque personne âgée accompagnée en Art-thérapie, sa situation familiale passée et actuelle. La nature et les modalités d'accompagnement de la personne âgée Alzheimer et/ou de sa famille, axe central du Plan Alzheimer 2008-2012, constituent en effet aujourd'hui une question fondamentale pour les professionnels paramédicaux comme l'Art-thérapeute.

PARTIE 1 :

L'ART-THERAPIE PERMET DE RAVIVER LA SAVEUR EXISTENTIELLE DE PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES ASSOCIES.

I° LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER SOUFFRENT DE LA PERTE PROGRESSIVE DE LEUR IDENTITE ET DE LEURS LIENS SOCIAUX GENERANT UNE BAISSE DE LA SAVEUR EXISTENTIELLE.

I.1) La maladie d'Alzheimer[1] est une démence* neurodégénérative évolutive et irréversible altérant la mémoire.

I.1.1) Le cerveau* est affecté de manière progressive et définitive par des lésions cérébrales.

Sur le plan histologique la maladie d'Alzheimer se caractérise par la coexistence de plaques séniles* et d'une dégénérescence neurofibrillaire*. Ces lésions génèrent des altérations synaptiques précoces et une perte neuronale[2] progressive et définitive perturbant l'activité cérébrale et le fonctionnement psychique des patients. Sans être pathognomiques, elles contribuent à établir le diagnostic[3] « probable » de Démence Type Alzheimer (DTA).

I.1.2) La dégénérescence neuronale se manifeste par une altération progressive et irréversible de la mémoire.

I.1.2.1) La mémoire est une activité biologique et psychique multiple.

La mémoire est une fonction cognitive* assurant l'encodage, le stockage et la récupération d'informations. Celles-ci sont d'abord perçues par les organes sensoriels, modifiées et traitées sous une forme utilisable par le cerveau. L'encodage peut reposer sur des procédés mnémotechniques (répétition, association (par exemple, entre l'élément à conserver et d'autres vécus), la visualisation (la mise en image),…). Ces informations sont ensuite maintenues sous forme « d'engrammes » au sein d'ensembles de neurones fonctionnant en réseaux dans les différentes zones cérébrales. Le stockage assure la consolidation et la structuration de la trace mnésique. Puis, la récupération permet d'accéder à la demande à ces nouvelles informations stockées dans le cerveau. Cette recherche peut se faire par la familiarité (automatiquement), par la recollection (volontairement), grâce au rappel libre (sans aide), au rappel indicé (avec un indice) ou à la reconnaissance (la personne reconnaît une information parmi plusieurs).

La mémoire est donc une fonction cognitive complexe car elle repose sur la mise en œuvre de plusieurs mécanismes humains (par exemple : captation sensorielle, « engrammation » des informations, mécanismes de l'intéressement et de la projection, interaction des connaissances mise en œuvre par l'intelligence,…) Les neuropsychologues[4] envisagent la diversité des compétences mnésiques selon deux axes :

---

[1] Pour présenter de manière synthétique la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer, nous nous sommes appuyés sur la lecture croisée de plusieurs ouvrages : F. SELLAL, E. KRUCZEK, *Maladie d'Alzheimer*, Doin, 2007, p.1-19 ; A.-M. ERGIS, M.-C. GELY-NARGEOT, M. VAN DER LINDEN, *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*, Solal, 2005, p.9-33 ; J. TOUCHON, F. PORTET, *Guide pratique de la maladie d'Alzheimer*, MMI, 2000, p.13-29.

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

[2] L'ensemble des neurones constitue un système auto-organisé, ouvert, qui échange continuellement avec le monde extérieur de l'énergie et de l'information grâce aux neurotransmetteurs**,** substances chimiques qui au niveau des synapses assurent la transmission de l'information entre les différents neurones. Ceux-ci sont spécialisés (sensoriels, moteurs,…) mais toute action est traitée par des réseaux de neurones qui mettent en relation différentes régions du cerveau dont l'activité sous-tend telle ou telle partie du fonctionnement psychique. La maladie d'Alzheimer altère d'abord les synapses et donc la transmission des informations, puis elle détruit les neurones dans certaines zones du cerveau, altérant ainsi les fonctions que celles-ci assument.

[3] Le diagnostic positif de la maladie d'Alzheimer repose sur des critères réactualisés ces dernières décennies, définis dans le manuel anglo-américain DSM IV et dans le NINCDS-ADRDA.

[4] Pour présenter de manière synthétique le fonctionnement mnésique normal puis pathologique de la maladie d'Alzheimer (avec ses effets sur les fonctions cognitives et sur le comportement du patient) du point de vue de la neuropsychologie et aussi de la neurologie, et en lien avec notre propos dans les pages qui suivent, nous nous sommes appuyés sur la lecture croisée de plusieurs ouvrages : M.F. BEAR, B.W. CONNORS, M.A. PARADISO, *Neurosciences, à la découverte du cerveau*, Pradel, 2010, p. 2-251, p.718-853 ; T. BOTEZ-MARQUARD, F. BOLLER, *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement,* Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, p.19-58, p. 137-150, p. 391- 414, p. 439-500, p. 657-722 ; R. GIL, *Abrégés de neuropsychologie*, Masson, 2009, p.20-59, p.75-90, p.121-127, p.173-198, p.213-p.296 et enfin, A.-M. ERGIS, M.-C. GELY-NARGEOT, M. VAN DER LINDEN, *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*, Solal, 2005, p. 35-356.

-un axe séquentiel ou diachronique qui inscrit la mémoire sur l'abscisse du temps (concept de mémoire de travail). Selon BADDELEY et HITCH, la **mémoire à court terme** sert de **mémoire de travail**. Elle fonctionne comme un système mnésique de capacité limitée et de rétention temporaire d'informations permettant l'accomplissement de tâches cognitives complexes comme le raisonnement, la logique ou la compréhension du langage. Selon ATKINSON et SHIFFRIN, le système de mémoire à court terme peut ne pas être un passage obligatoire avant le système de **mémoire à long terme**. Celle-ci permet la conservation durable des informations grâce à un codage suivi d'un stockage multimodal (sémantique, spatial, temporel, affectif). Les informations engrangées (concernant les faits récents) font alors ensuite l'objet d'une consolidation variable en fonction de leur répétition et de leur importance émotionnelle : ces informations relèvent de la mémoire des faits anciens.

-un axe synchronique qui décrit les différents domaines où opère la mémoire. TULVING distingue la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale. La **mémoire épisodique** est la mémoire des évènements directement liés à la vie de la personne et localisés dans l'espace et dans le temps. C'est une mémoire explicite et *contextualisée*, dont le rappel est conscient et volontaire. Elle a une référence individuelle et une charge émotionnelle importante. **La mémoire sémantique** est la mémoire des faits, des concepts et des connaissances générales du monde. C'est une mémoire explicite et universelle, dont le rappel est conscient et volontaire, et dont le codage est atemporel et *a-contextuel*. **La mémoire procédurale** est la mémoire des savoir- faire et des habiletés sensori-motrices. C'est une mémoire implicite (procédures des automatismes) dont le rappel est involontaire, inaccessible à la conscience et indissociable de l'activité.

I.1.2.2) Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer développent une amnésie antéro-rétrograde progressive et irréversible.

La maladie d'Alzheimer est une atrophie cérébrale qui touche d'abord le lobe temporal* interne (notamment l'hippocampe* et l'amygdale*) altérant ainsi les circuits neurologiques de la mémoire. Cette atrophie s'étend ensuite aux cortex* associatifs frontaux, temporaux et pariétaux ainsi qu'aux ganglions de la base*, générant des troubles cognitifs et émotionnels. Sur le plan clinique, les personnes âgées malades manifestent une amnésie antérograde* puis rétrograde*. Au début de la maladie, elles ont des difficultés à mémoriser les évènements nouveaux, leurs capacités d'apprentissage sont perturbées. Ensuite, cette amnésie s'étend et dissout progressivement des tranches de la vie des personnes de plus en plus anciennes. Cette amnésie hippocampique se caractérise par un déficit des capacités d'encodage et de stockage des informations récentes puis par un déficit des capacités de récupération de souvenirs de plus en plus anciens.

I.1.3) L'altération mnésique générée par la maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles cognitifs sévères.

Au début de la maladie, les personnes âgées Alzheimer sont gênées par des oublis fréquents et répétés. Elles oublient les informations qui tissent et organisent leur vie quotidienne : rendez-vous, courses, fermeture des portes et des robinets, paiement des factures, rangement des clés,…. Puis, avec l'évolution[5] de la pathologie et l'aggravation des troubles mnésiques, elles manifestent des troubles cognitifs plus sévères. Elles peuvent

[5] Dans les pages qui suivent, nous avons pris le parti de présenter de manière globale et synthétique les troubles mnésiques, cognitifs et comportementaux générés par la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, nous n'oublions pas que cela est à nuancer du fait du caractère évolutif de cette pathologie. Schématiquement, on peut distinguer trois phases évolutives dans la maladie d'Alzheimer. Le stade I de démence légère se caractérise par des troubles mnésiques dominants mais modérés, les autres fonctions cognitives sont peu altérées, l'autonomie est conservée, il n'y a pas de signes neurologiques, et l'imagerie est peu contributive. Le stade II de démence modérée se caractérise par des troubles mnésiques importants et invalidants, une ou plusieurs autres fonctions cognitives sont atteintes, l'autonomie est partiellement limitée et l'imagerie est contributive. Le stade III de démence sévère avec syndrome aphaso-apraxo-agnosique se caractérise par une perte d'autonomie, des troubles de la marche, une rigidité, une incontinence, et une atrophie cérébrale manifeste.

souffrir de manière conjointe d'**aphasie**[*], d'**agnosie**[*] et d'**apraxie**[*]. Elles présentent également des **troubles des fonctions exécutives**[*] et une **désorientation spatio-temporelle**. Les personnes âgées Alzheimer, dotées d'un jugement amoindri et d'une incapacité à anticiper et à planifier des actions complexes, agissent de manière inadaptée à leur environnement (exemple : porter des vêtements chauds en pleine canicule). Certaines d'entre elles peuvent même vivre au présent des fragments de leur vie passée (il s'agit de l'ecmnésie).

Ces troubles cognitifs génèrent chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer une perte progressive de leur autonomie, notamment dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et ils perturbent leurs relations professionnelles, sociales et familiales.

I.2) La maladie d'Alzheimer majore chez les personnes âgées des troubles de l'expression, de la relation et de la communication.

I.2.1) La maladie d'Alzheimer affecte la conscience identitaire et le comportement des personnes âgées.

L'élaboration identitaire de tout être humain résulte des divers évènements survenus depuis la naissance et elle dépend des relations familiales et sociales entretenues au cours des différentes étapes de la vie. La mémoire est une fonction cognitive précieuse car elle permet à chaque être humain de se reconnaître dans un présent qui est le produit de son histoire et la racine de son avenir. Aussi, quand sa mémoire est altérée par la maladie d'Alzheimer, la personne âgée oublie peu à peu son identité qui s'est construite, au fil des années, à partir de ses racines géographiques et familiales, de son milieu socioculturel et professionnel, de sa vie affective, de ses goûts et de ses valeurs. L'effacement progressif et définitif de son histoire de vie annihile son sentiment d'identité qui lui permet d'être une personne unique, de se vivre et de se sentir comme telle. Cette situation provoque frustration, colère et angoisse chez ces personnes âgées dont la pathologie génère elle aussi, de par son processus neurodégénératif, des troubles psycho-comportementaux multiples :

-**des troubles des conduites élémentaires** qui se traduisent par une perte de la maîtrise sphinctérienne et de l'appétit, par une inversion nycthémérale (rythme veille-sommeil) et par un apragmatisme sexuel. Les personnes âgées souffrent d'incontinence urinaire nocturne qui devient permanente et totale. Elles perdent du poids, somnolent le jour et font des insomnies nocturnes.

-**des troubles de l'humeur** qui correspondent à des symptômes dépressifs et à des troubles anxieux divers (anxiété généralisée, phobies, troubles obsessionnels compulsifs). Les personnes âgées angoissent souvent à l'idée d'être abandonnées surtout par leurs proches.

-**des troubles du comportement** qui peuvent se traduire par des comportements stéréotypés (s'asseoir et se lever, répéter le même mot,…), des « fugues » (par exemple, les personnes âgées ne se souvenant plus où elles se trouvent souhaitent rentrer chez elles), une agitation, une agressivité verbale (cris, injures) et parfois physique (coups, jets d'objets). Cette agitation ou agressivité peut être l'indication non verbale par les personnes âgées d'un mal-être dû à une douleur somatique ou une modification de l'environnement.

-**des modifications de la personnalité** qui résultent de l'évolution du processus démentiel. Les personnes âgées peuvent manifester notamment une indifférence affective ou une labilité émotionnelle, un désintérêt, une démotivation ou avoir des préoccupations hypocondriaques.

-**des troubles psychotiques** qui apparaissent au dernier stade de la maladie d'Alzheimer et annoncent un déclin cognitif rapide. Les personnes âgées peuvent avoir des idées délirantes (croire qu'une personne décédée vit toujours, qu'on lui vole des biens,…) et parfois des hallucinations visuelles.

[*] Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie 11

Conscientes de leurs déficits et par peur de l'échec, les personnes âgées refusent de réaliser certaines tâches. La perte du mot et la labilité émotionnelle complexifient leurs échanges verbaux, les démotivent ou les irritent. Certaines d'entre elles deviennent apathiques, anxieuses ou dépressives, elles se replient sur elles-mêmes réduisant de manière conséquente leurs relations sociales. Ces troubles psycho-comportementaux retentissent sur la qualité de vie des personnes âgées mais aussi sur celle de leur entourage familial.

I.2.2) La maladie d'Alzheimer a des répercussions sur la qualité de vie des personnes âgées et sur celle de leur entourage familial.

Les troubles du comportement et de l'humeur sont les manifestations de la maladie d'Alzheimer les plus éprouvantes pour l'entourage familial des personnes âgées malades. Non seulement les familles souffrent de ne plus reconnaître leur proche si différent de la personne qu'il était avant la maladie et avec lequel les relations se complexifient. Mais aussi, au quotidien, elles sont confrontées à la perte d'autonomie progressive de ce proche dans l'incapacité de réaliser seul les actes de la vie quotidienne, de se repérer dans le temps et dans l'espace et de maintenir des liens sociaux. Cette situation altère la qualité de vie de tous les membres au sein de la cellule familiale. L'accompagnement à domicile d'une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer a des répercussions économiques (modification et sécurisation du domicile, recours à des auxiliaires de vie,…) ainsi que des retentissements sur la santé physique, psychique et morale des familles. Celles-ci s'épuisent dans l'accompagnement au quotidien de leur proche d'autant plus difficile que celui-ci manifeste des troubles psycho-comportementaux plus ou moins sévères et face auxquels elles restent démunies et dans l'incompréhension. Les troubles du sommeil de ce proche malade les empêchent de se reposer, son irritabilité et son apathie les désarment, ses fugues les plongent dans l'angoisse, ses hallucinations et ses idées délirantes leur évoquent le spectre de la folie.

La maladie d'Alzheimer non seulement perturbe les relations qu'entretenait la personne âgée avec son entourage avant la maladie mais aussi elle entraîne une redistribution des rôles au sein de la famille du fait de la désignation de l'aidant naturel. Ce dernier oublie qu'il est le conjoint ou l'enfant et il devient le protecteur familial. Il instaure une relation d'aide, de soignant à soigné avec son proche malade qui lui, au crépuscule de sa vie, est dans la double impossibilité de faire le bilan introspectif de sa vie, en faisant le deuil des anciennes blessures, et de transmettre oralement l'histoire familiale. Dans ce contexte familial fragile, l'aggravation des troubles de la personne âgée aidée peut nécessiter l'intervention d'un ou plusieurs professionnels, impliquant une réorganisation des soins et des interactions au sein de la famille. Les troubles et déficits de la personne malade sont mis en lumière, ses potentialités restent dans l'ombre.

I.3) Les symptômes de la maladie d'Alzheimer et leurs effets varient selon les personnes âgées.

I.3.1) L'évolutivité imprévisible de la maladie d'Alzheimer se caractérise par une hétérogénéité des troubles mnésiques selon les personnes âgées.

Les différents types de mémoires, partageant les mêmes mécanismes généraux d'encodage, de stockage et de récupération d'informations, sont altérés à des moments et à des degrés variables suivant l'évolution de la maladie et selon la localisation et la sévérité des lésions dans certaines zones du cerveau.

---

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

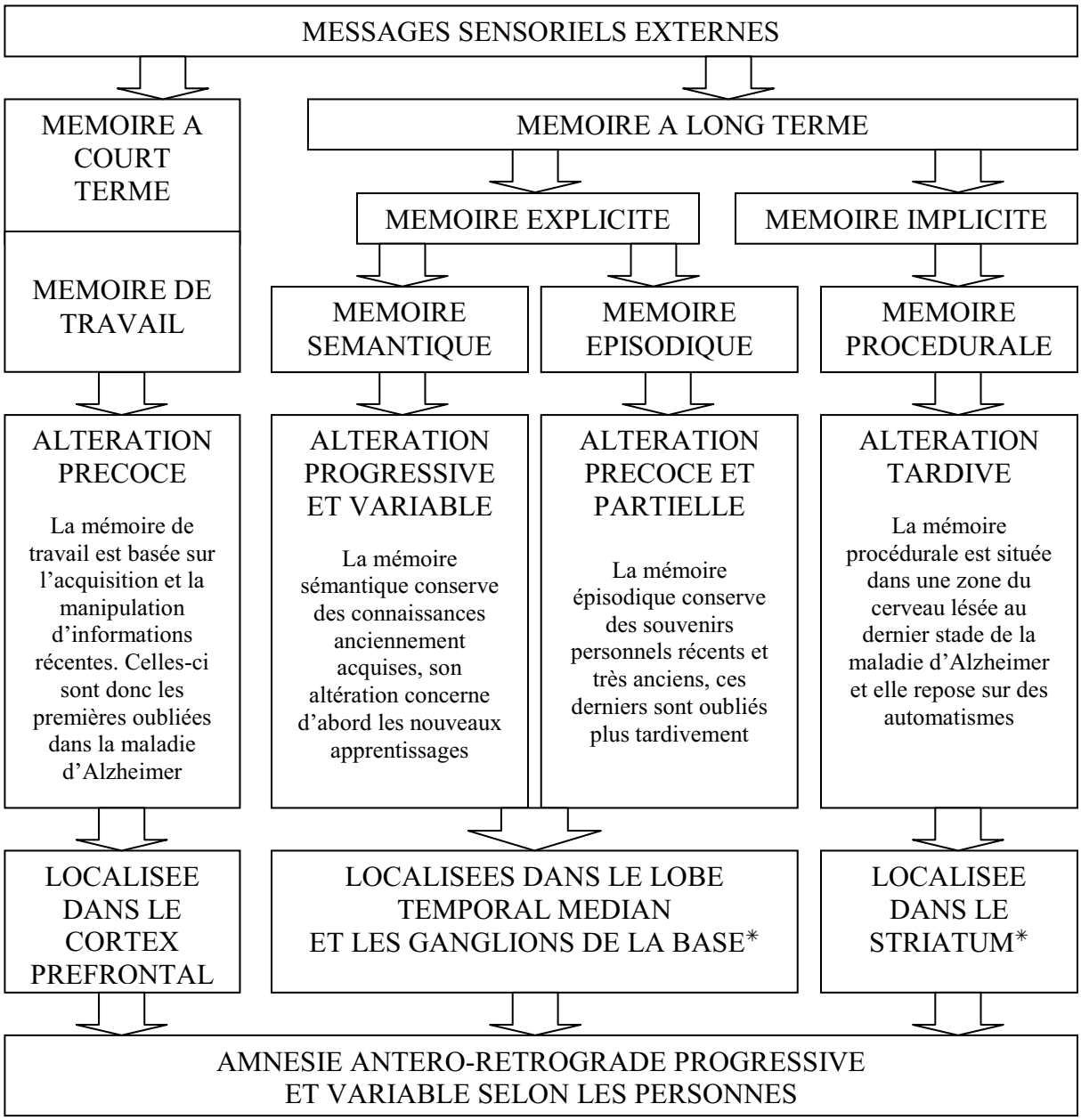


Schéma N°1 : Schéma synthétique de l'hétérogénéité des troubles mnésiques générés par la maladie d'Alzheimer, élaboré à partir de nos lectures croisées.

Ainsi, les diverses compétences mnésiques des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ne sont altérées ni de manière simultanée ni dans leur intégralité.

I.3.2) L'esthésie et la mémoire affective des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sont préservées.

La mémoire affective, non altérée par la maladie d'Alzheimer, est une mémoire implicite à long terme. Comme les images subliminales utilisées par la publicité, elle repose sur des procédures automatiques d'encodage des informations extérieures et, son rappel est involontaire et inconscient. C'est cette mémoire qui permet aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer d'enregistrer le regard, les gestes et le ton de la voix des personnes qui les entourent, d'entretenir avec ces dernières une relation et une communication non verbale.

A l'instar de la madeleine de Proust, un évènement particulier ou un objet même anodin peut revêtir une dimension affective, être immédiatement et plus ou moins durablement mémorisé par la personne âgée qui y investit des affects et des ressentis, tels un parfum, une voix ou une couleur. Les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer non seulement possèdent de véritables trésors ainsi engrangés au cours de leur vie, mais aussi, elles continuent d'interagir avec leur environnement extérieur. En effet, l'esthésie* qui est l'aptitude à percevoir des sensations reste opérante. Elle repose sur la mise en œuvre de mécanismes humains impliquant les aires primaires unimodales* du cortex cérébral et le système nerveux périphérique*. Les lésions générées par la maladie d'Alzheimer quant à elles apparaissent dans le cerveau, plus précisément dans la région hippocampique située au cœur du lobe temporal et, elles s'étendent jusqu'aux cortex associatifs* multimodaux . En d'autres termes, une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer peut oublier le nom de la rose mais en apprécier son parfum. Elle peut capter un message sensoriel extérieur, qu'il soit visuel, auditif, olfactif, gustatif ou tactile, même si celui-ci peut être amoindri du fait du vieillissement normal des capteurs sensoriels. Elle perçoit donc des sensations indépendamment de ses troubles mnésiques.

I.3.3) La persistance d'une vie affective chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer contribue à préserver certaines de leurs capacités cognitives.

Louis PLOTON, géronto-psychiatre, développe la notion d'intelligence affective. Il constate que « *des capacités d'adaptation affectives perdurent chez les personnes âgées Alzheimer au-delà de la perte des capacités cognitives (...). Cela invite à individualiser un registre de fonctionnement psychique « affectif » préexistant à la maladie d'Alzheimer qui aurait sa propre dynamique et serait indépendant* »[8]. La personne âgée Alzheimer possède donc une vie affective riche et des capacités d'adaptation à son environnement, selon ses perceptions. Et, le climat affectif dans lequel elle se trouve va influer sur ses choix, sa motivation et aussi sur son fonctionnement cognitif. Une situation émotionnellement forte, voire conflictuelle, peut aggraver le dysfonctionnement cognitif et augmenter les troubles cliniques (par exemple, des difficultés de compréhension ou de langage quand plusieurs personnes parlent en même temps). Réciproquement, une difficulté cognitive (par exemple, une incapacité à se souvenir ou à réaliser une tâche) peut avoir un retentissement affectif. Ceci explique que certaines personnes âgées malades ont des troubles cognitifs importants ou sont apathiques alors que pour d'autres, le langage et l'activité sont longtemps préservés.

Ainsi, le type et la sévérité des troubles du comportement et de la thymie varient énormément d'une personne âgée Alzheimer à une autre, selon le contexte et selon la charge émotionnelle que celle-ci accorde à ses symptômes. Dans cette optique, le soutien familial et l'accompagnement professionnel dont bénéficie une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer jouent un rôle prépondérant sur l'évolution et le vécu de sa maladie. Les troubles psychocomportementaux générés par cette pathologie sont d'origine psychologique et relationnelle. Ils relèvent davantage d'une approche thérapeutique non médicamenteuse dont l'enjeu est d'exploiter les potentialités de la personne âgée malade afin de réduire ces troubles. L'originalité de l'Art-thérapie est d'impliquer l'Art dans un processus de soin afin de permettre à la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer de ressentir dans l'activité artistique la saveur existentielle.

---

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p 11.

8 L. PLOTON, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Chronique Sociale, 2010, p.41-52. Si l'on poursuit cette réflexion et que nous nous appuyons sur notre présentation, plus haut dans le mémoire, des effets de la maladie d'Alzheimer sur le comportement et la thymie des patients, nous invitons le lecteur à faire la différence entre la vie affective des patients Alzheimer (la mémoire affective qui est une mémoire implicite, automatique) et les troubles émotionnels que la maladie d'Alzheimer peut générer comme l'anxiété, une labilité émotionnelle, une agitation,…Dans la bibliographie générale, le terme de troubles de la personnalité est souvent utilisé.

II° L'ART A UN POUVOIR EXPRESSIF ET EDUCATIF AINSI QUE DES EFFETS RELATIONNELS.

II.1) L'Art est une activité humaine privilégiée d'expression.

II.1.1) L'artiste met en forme ses ressentis et affirme sa personnalité.

L'être humain est doté d'une conscience lui permettant d'avoir un regard sur lui-même et d'être investi dans la recherche d'un épanouissement personnel et d'une qualité existentielle. Pour exister[9], l'artiste a besoin de s'impliquer émotionnellement, corporellement et intellectuellement dans la réalisation d'une production artistique. Doté de capteurs sensoriels spécialisés et diversifiés percevant des informations extérieures, il interagit avec son environnement, éprouve des sensations et enrichit ses connaissances[10]. Celles-ci, fondées sur le champ des impressions, peuvent être soit représentées (il est possible d'avoir une représentation mentale d'une orange) soit ressenties (il est impossible de se représenter la douceur). Dans ce dernier cas, elles doivent passer par un support pour être représentées (il est possible de rajouter le mot « coton » pour se représenter la douceur). L'œuvre d'Art, élément identificateur de l'Art, est donc la mise en forme des ressentis de l'artiste qui via les mécanismes de l'expression, rend son œuvre visible dans le monde sensible.

L'œuvre d'Art une fois produite peut en effet être perçue par un spectateur car elle est dotée d'un fond et d'une forme. Son aspect général et ses qualités formelles varient selon la technique artistique utilisée par l'artiste. Une sculpture contrairement à la peinture est une œuvre en trois dimensions. Et deux peintures réalisées avec la même technique artistique (aquarelle, peinture à la tempera, pastel,…) peuvent présenter au spectateur deux images distinctes, l'une peut donner à voir une scène historique sur grand format (par exemple, *le Sacre de Napoléon* de Jacques-Louis DAVID) et l'autre un portrait sur petit format (par exemple, *La jeune fille à la perle* de Johannes VERMEER). Le fond dépend aussi de l'intention de l'artiste qui décide du sujet et de la manière de le traiter soit en imitant un objet issu du réel (*la mimésis*[11]) soit en inventant et en faisant preuve de créativité (*l'heuristique*[11]). L'artiste opère ici des choix tant dans la captation sélective et l'appréciation de messages sensoriels externes déterminant son goût que dans l'exécution de son œuvre dans laquelle il laisse son empreinte constituant la manifestation sensible de son style. Avec le temps et l'expérience, l'artiste affirme sa personnalité en développant son goût dans la pratique d'une activité artistique et en développant un style singulier identifiable dans ses œuvres. L'Art est donc à la fois reconnu dans le monde extérieur par ses œuvres d'Art et identifié en tant qu'activité humaine favorisant l'expression d'un ressenti corporel. ARISTOTE distingue en effet *la poièsis* qui désigne l'œuvre extérieure à l'artiste, réalisée selon les règles de l'Art et *la praxis* qui désigne l'activité en elle-même, ayant sa propre fin indépendamment de son résultat[12].

II.1.2) L'œuvre d'Art est le fruit du processus créateur de l'artiste dans un espace et un temps donnés.

Paul VALERY, dans la lignée d'ARISTOTE, développe une nouvelle conception esthétique, *la Poïétique*[13], qui établit le primat de la genèse de l'œuvre d'Art sur l'œuvre elle

---

9 Nous faisons ici allusion à *l'étant* tel que l'a défini le philosophe M. HEIDEGGER. Il s'agit de l'être humain en train d'être.

10 R. FORESTIER, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, See You Soon, p.6.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p. 9.

11 Ces deux termes, évoqués dans l'Antiquité grecque, permettent d'envisager un nombre infini de possibilités expressives entre l'imitation et l'invention. Contrairement à PLATON qui dans son ouvrage *La République* définit la mimésis comme une copie de la nature, ARISTOTE dans son ouvrage *Poétique* envisage la mimésis comme une transformation du réel, une révélation de la nature.

12 ARISTOTE, *La Poétique*, trad. Dupont-Roc et J. Lallot, éd. du Seuil, 1980, chapitre I. p33

13 Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, Paul VALERY est le premier à établir une opposition nette entre « l'histoire de la littérature » et « la forme d'activité intellectuelle qui engendre les œuvres ». PAUL VALERY a défini *la Poïétique* comme un nouveau savoir, une science qui enregistre et analyse les trajets qui mènent de l'intention à la matérialisation de l'œuvre, une science dont le langage est à la fois substance et moyen. Intéressé par ce qu'il appelle *le Poïen* (le faire), il a analysé son propre processus créateur en tant qu'écrivain et poète.

même. L'artiste suit un processus créateur qui lui est propre et qui correspond au trajet qui mène de l'intention à la matérialisation de l'œuvre. Par exemple, Jackson POLLOCK réalise ses *drippings* en adoptant une peinture chorégraphiée, une danse tracée mettant en mouvement l'ensemble de son corps alors que Pierre BONNARD fonctionne par imprégnation en réalisant chaque jour, lors de ses promenades matinales dans les collines, plusieurs dessins sur le motif qu'il annote et accroche ensuite sur le mur de son atelier, à côté des diverses toiles qu'il peint en simultané et en série.

Une fois totalement impliqué dans l'activité, l'artiste avance donc selon son propre arbitraire mais aussi en fonction des contingences de l'œuvre elle-même (notamment, la résistance du matériau pierre amenant le sculpteur a modifié la forme qu'il envisageait de donner à son œuvre). *« L'œuvre d'Art en train de se faire influence son créateur qui subit une altération à chacun de ses mouvements tirant l'œuvre de lui-même. La forme de celle-ci est aussi féconde en pensées et en idées que le fond.»*[14] Le processus créateur est complexe et ne peut se réduire à une série ordonnancée d'étapes préétablies. L'artiste, animé par le besoin de créer et d'exprimer son unicité, s'investit pleinement dans l'activité artistique durant laquelle il est confronté à des imprévus et à de belles découvertes. Ce fut notamment le cas pour l'artiste Marcel DUCHAMP. Pendant le transport de son œuvre intitulée *La Mariée mise à nu par ses célibataires même*, destinée à être exposée à Brooklyn, le verre se cassa de sorte que de fines fissures se sont formées, telles une toile d'araignée dont les lignes traversaient les motifs. Marcel DUCHAMP a reconnu ce hasard de la cassure et c'est avec ces nouvelles lignes dans le verre comme dernier raffinement que l'œuvre a été déclarée terminée en 1925.

Le temps vécu se situe au cœur de l'activité artistique. Le temps de la création est un temps subjectif pendant lequel l'artiste est en contact avec lui-même, oubliant le temps réel qui s'écoule, cheminant au rythme de son propre temps, d'une idée à une autre, d'une sensation à une autre, se rappelant des moments mémorables ou d'anciens lieux traversés. Son corps est donc le lieu de cette traversée dans un temps subjectif et dans des espaces intérieurs. L'artiste en train de créer non seulement regarde son paysage intérieur[15] mais aussi contemple l'œuvre qu'il modèle dans un espace réel (l'atelier par exemple) et dans un temps objectif (par exemple, au coucher du soleil au début de l'été, deux semaines avant le prochain vernissage). Objectivement, l'artiste vit dans une zone géographique précise, à une époque donnée et il est doté d'une culture qui influence son œuvre. En effet, si l'on se place d'un point de vue épistémologique, l'Art et la culture ont toujours été liés. A titre d'exemple, dans l'Antiquité grecque, l'artiste devait imiter le modèle divin en respectant des canons de beauté (nombre d'or, canon de Polyclète,…) alors qu'à la Renaissance, l'artiste devient un sujet sensible à la beauté et non plus un objet de la beauté. Il décide de sa propre création, impliqué dans la recherche d'un idéal esthétique personnel, indépendant de tout dogme religieux. Au-delà du changement de statut de l'artiste, passant de penseur à ingénieur, cette illustration historique souligne la question centrale de la finalité de l'Art.

II.2) L'Art est une activité humaine volontaire et orientée vers un idéal esthétique.

II.2.1) Le Beau est un ressenti corporel savouré et recherché par l'artiste qui s'engage dans une activité artistique à visée esthétique.

Selon l'intention de la personne qui pratique l'activité artistique, la finalité de l'Art varie. Richard FORESTIER[16] distingue les Arts d'agrément et de confort dont le but est d'agrémenter la vie quotidienne des personnes désireuses d'oublier leurs soucis, les Arts

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p. 9.

14 P. VALERY, *Cahiers II*, éd. Gallimard, 1974, p.1011.

15 Métaphore utilisée pour évoquer le fait que l'artiste crée avec ses ressentis, ses doutes, ses émotions, tout ce qui compose son histoire personnelle et constitue son unicité, sa singularité.

16 R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, 2004, p.204-205.

pratiques et d'accompagnement dont le but peut être mercantile ou utilitaire et enfin, les Arts de la beauté qui ont pour seul but la recherche de la qualité esthétique. En d'autres termes, contrairement aux Arts pratiques et d'agrément, les Arts de la beauté n'instrumentalisent pas l'esthétique au service d'une autre activité. Leur finalité première et unique est la recherche du Beau. Celle-ci repose à la fois sur un principe d'idéalisation et sur un effort visant à dépasser des gratifications sensorielles antérieures. Par le mécanisme de la conception, l'être humain se dégage des formes extérieures qu'il capte par sa sensorialité et qu'il sélectionne selon ses intérêts pour n'en conserver que des généralités abstraites devenant des idées. *« Le principe d'idéalisation permet à l'être humain de se dégager du monde sensible et de concevoir des idées qui échappent aux connaissances antérieures »*[17]. L'artiste se forge ainsi un idéal esthétique personnel (résultant de ses expériences sensibles) et il s'engage dans l'activité artistique de manière volontaire et orientée vers cet idéal esthétique.

A la fois producteur et spectateur de l'œuvre en train de naître sous ses doigts, l'artiste effectue un double effort d'une part, pour percevoir et préserver le rayonnement esthétique de l'œuvre et d'autre part, pour façonner et modifier celle-ci jusqu'à se rapprocher au plus près de son idéal esthétique. Pour John DEWEY[18], l'action et la perception sont intimement liées et sollicitées dans l'activité artistique qui est une expérience vécue de la genèse de l'œuvre. Pour lui, cette expérience est émotionnelle et liée de façon inhérente à l'expérience esthétique. L'artiste, en effet, sollicitant sa sensibilité artistique et sa faculté critique, vise la réalisation d'une production artistique personnelle alliant qualité esthétique et beauté. La qualité esthétique repose sur un apprentissage et sur la recherche de l'équilibre harmonieux entre le fond et la forme de l'œuvre alors que la beauté correspond à l'éclat esthétique de l'œuvre qui émeut le spectateur et épanouit l'artiste en quête du bonheur esthétique.

Le Beau est à la fois ressenti, savouré et recherché par l'artiste à travers la production d'œuvres d'Art. Il se différencie du plaisir artistique qui est un plaisir sensoriel immédiat et fugace comme par exemple, le plaisir tactile à tenir des outils ou à travailler des matières (c'est l'Art I). Le Beau est une gratification sensorielle[19] intense demandant à l'artiste un effort esthétique volontaire et orienté (c'est l'Art II). Il lui permet à travers l'implication dans une activité artistique à visée esthétique d'éprouver des sensations savoureuses relatives à la qualité existentielle. Le Beau est donc « *le saisissement de l'effort esthétique* »[20] de l'artiste qui interagit avec son environnement extérieur. Cette conception du Beau[21] retenue par l'école d'Art-thérapie de Tours, démontre que le Beau n'est pas uniquement présent dans les productions artistiques finies, mais qu'il est aussi ressenti et recherché par l'être humain lors de l'activité artistique ou de la contemplation d'œuvres d'Art.

---

17 R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, 2004, p.122. Le principe d'idéalisation repose sur le mécanisme de la conception. Pour définir ce mécanisme, Richard FORESTIER expose la différence entre l'image (je me représente une image mentale de la table perçue) et l'idée (je me dégage de toutes les formes de table que j'ai pu percevoir jusqu'à aujourd'hui pour n'en retenir que des généralités abstraites capables d'identifier une table, c'est l'idée de la table).

18 J. DEWEY, *L'Art comme expérience*, trad. J.-P. COMETTI *et alii*, éd. Gallimard, 2010, Chapitre III, p.80-115.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9.

19 On fait ici allusion à l'esthésie car le Beau est un ressenti corporel relevant d'une stimulation multisensorielle (divers capteurs sensoriels sont en interaction). De plus, étymologiquement, le mot « esthétique » est un mot dérivé du mot « esthésie ». On comprend alors la définition de l'esthétique proposée au XVIII^{ème} siècle par le philosophe allemand Alexander BAUMGARTEN comme étant la science du Beau.

20 R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, 2004, p.225.

21 La définition du Beau a évoluée à travers l'histoire et selon les conceptions des philosophes. Dans son ouvrage *Epistémologie de l'esthétique*, chapitre VI, p.201-243, Dominique CHATEAU (professeur à l'université de Paris I Panthéon-Sorbonne), expose l'évolution de la conception philosophique du Beau sous un angle épistémologique et à travers la question centrale du lien entre l'Art et l'esthétique. Autrement dit, la faculté de jugement et la faculté de production sont-elles dissociées ou au contraire, l'idée du Beau est-elle présente dans le projet d'élaboration du concept d'Art ? Pour PLATON (dans son ouvrage *La République*), le Beau est présent dans la nature, à l'extérieur de l'être humain alors que pour Emmanuel KANT (dans son ouvrage *Le Jugement esthétique*), le Beau est un sentiment subjectif que l'être humain éprouve en lui-même, suite à une sensation (résultant elle-même de la captation sensorielle d'un objet extérieur). L'école d'Art-thérapie de TOURS retient la définition du Beau proposée par Henri BERGSON (dans son ouvrage *La pensée et le mouvant*). Selon ce dernier, le Beau résulte de l'interaction des mondes intérieur et extérieur de l'être humain. L'Art et l'esthétique ne sont donc pas dissociés mais liés dans la mesure où l'être humain interagit selon sa personnalité avec son environnement extérieur.

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

II.2.2) L'œuvre d'Art met en relation son créateur avec un public.

En effet, l'esthète (c'est-à-dire le contemplateur d'œuvres d'Art) et l'artiste partagent un intérêt manifeste pour l'Art qui leur procure un plaisir esthétique sur le plan sensoriel et une émotion esthétique sur le plan affectif . Au contact d'œuvres d'Art dont l'impact sensoriel est intense, ils éprouvent des sensations brutes et savoureuses relevant de l'esthésie*, qui une fois traitées au niveau neurologique, génèrent une émotion esthétique qui échappe à la verbalisation. L'Art est en effet le domaine privilégié du non verbal. L'artiste et le contemplateur ne peuvent pas décrire ou expliquer avec des mots l'émotion esthétique qu'ils ont éprouvée au contact d'une œuvre d'Art. Néanmoins, ils n'entretiennent pas la même relation avec celle-ci. Le contemplateur regarde[22] avec attention et émerveillement l'œuvre d'Art avec laquelle il fusionne alors que l'artiste entretient une distance avec l'œuvre qu'il est en train de façonner. Celui-ci, tendu vers la recherche de son idéal esthétique, met en action sa faculté critique pour apprécier son œuvre en comparaison avec ses autres productions artistiques personnelles et aussi avec les autres œuvres d'Art présentes dans son environnement extérieur. Ce patrimoine culturel constitue pour l'artiste non seulement un repère objectif pour estimer la qualité de son travail artistique mais aussi le lieu d'intégration de ses œuvres pour les présenter à un public. Une relation s'instaure alors entre l'artiste et son public. « *L'œuvre d'Art intégrant le patrimoine culturel joue un rôle de processeur permettant un lien unificateur entre les êtres humains par le dépassement de l'œuvre. Il se crée entre ces êtres humains réunis par un intérêt commun pour l'Art un état de coalescence, un lien de nature intime et de connivence, au-delà des mots et des statuts de chacun*. »[23] C'est l'effet relationnel de l'Art et cette situation relationnelle ne peut exister sans l'engagement actif de l'artiste et du contemplateur. Ce dernier joue un rôle important dans le traitement mondain des œuvres d'Art. Par son regard ou par ses commentaires, il contribue à la reconnaissance du statut de l'artiste et à l'acceptation de l'œuvre dans la culture. De son côté, l'artiste a besoin de cette dépossession de l'œuvre, dont la beauté extasie le contemplateur, pour avoir envie de continuer à réaliser des productions artistiques et donc à maintenir la dynamique de son processus créateur. Ainsi, l'artiste et le contemplateur s'enrichissement mutuellement, au-delà du plaisir esthétique partagé et généré par l'œuvre d'Art dont la beauté résulte de la recherche esthétique de l'artiste mais aussi de sa maîtrise technique.

II.3) L'Art a un pouvoir éducatif.

II.3.1) L'Activité artistique développe des savoir-faire et des facultés humaines.

La technique repose sur un apprentissage de savoir-faire artistiques spécifiques permettant à l'artiste d'acquérir un champ de connaissances indispensable pour mettre en forme sensible une idée esthétique et pour exprimer sa personnalité. L'activité artistique enrichit les impressions esthétiques et les modalités expressives de l'artiste qui développe et détermine ainsi son goût et son style. En effet, le goût et le style sont des potentialités humaines qui s'acquièrent par l'apprentissage et l'expérience. L'artiste durant l'activité artistique est confronté à des difficultés variables: manque d'idée, fatigue, résistance des matériaux, … Pour dépasser celles-ci, dans l'objectif de réaliser une œuvre conforme à ses attentes, il choisit les outils et les matériaux les plus appropriés (pinceau, burin, calame,…) et

---

[22] Nous tenons à préciser ici au lecteur que la contemplation n'est pas un acte passif. Pour argumenter notre propos, nous nous appuyons sur les écrits du philosophe américain John DEWEY. Celui-ci, dans son ouvrage *L'Art comme expérience*, p.107-109, démontre que la perception d'une œuvre d'Art est bien plus qu'une simple reconnaissance passive de l'œuvre. Pour lui, « *l'acte de voir implique la coopération d'éléments moteurs, même s'ils restent implicites et non exprimés, et aussi la coopération de toutes les idées déjà présentes pouvant servir à compléter la nouvelle image qui se forme. Il y a donc acte de reconstruction et la conscience est alors vive et animée. (…)L'objet perçu est empreint d'émotion de bout en bout* ».

[23] R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, 2004, p.219-220.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9.

il s'appuie sur ses facultés physiques et mentales (force, dextérité, ténacité, imagination, …). Plus sa maîtrise technique est importante, plus il peut s'exprimer librement, conférant à son œuvre beauté et qualité esthétique. Ainsi, l'activité artistique permet l'acquisition et la maîtrise de savoir-faire artistiques (technique de l'estompage, réalisation de patines sur sculptures,…) tout en développant des facultés humaines (sensorialité, motricité fine, schéma corporel, sens critique,…). Et, les connaissances et les facultés de l'artiste dépendent de la technique artistique qu'il a choisie comme modalité expressive de sa personnalité.

II.3.2) Les Arts plastiques et l'écriture sont des techniques artistiques spécifiques stimulant l'esthésie, la mémoire et l'imagination.

Non seulement, les Arts plastiques et l'écriture ont une unité originelle, *le grapheïn* qui est un terme grec, désignant dès HOMERE, à la fois l'acte d'écrire et de dessiner. Mais aussi, ces deux techniques artistiques ont pour particularité commune de permettre aux artistes et aux écrivains de laisser leur trace, concrète et visible, dans le monde extérieur. En d'autres termes, contrairement aux musiciens, aux comédiens ou aux danseurs, les artistes plasticiens et les écrivains créent des œuvres qui peuvent être contemplées en différé, en dehors de l'activité artistique, cela facilitant une prise de distance critique vis-à-vis de leur travail ou d'éventuelles modifications sur leurs œuvres. Bien que des métissages[24] entre l'écriture et les Arts plastiques puissent être opérés dans des œuvres, les Arts plastiques et l'écriture sont deux techniques artistiques spécifiques présentant des différences exposées dans le tableau ci-dessous. Nous choisissons de comparer plus précisément l'écriture et le collage car ce sont les techniques artistiques choisies et utilisées par nos patientes au sein des séances d'Art-thérapie dont le bilan est présenté dans la partie deux de ce mémoire.

	COLLAGE	ECRITURE
REFERENCES THEORIQUES	La sémiotique de Charles Sanders PEIRCE	La linguistique de Ferdinand de SAUSSURE
NATURE	-Signe plastique -Système triadique : 1) un représentamen (le signe matériel) 2) un objet de pensée 3) un interprétant (une représentation mentale de la relation entre le représentamen et l'objet) -Obtention d'une image	-Signe verbal -Système binaire : 1) un signifiant 2) un signifié -Obtention d'un texte
OUTILS/MATERIAUX	Infinis	Limités
PRIMAT	L'espace de l'œuvre	La temporalité de l'écrit
SPECIFICITES	-prédominance du geste, des matériaux et du plaisir tactile -déplacement et agencement de fragments issus de l'environnement extérieur -matérialisation plastique d'une image mentale -une esthétique du discontinu	-mouvement de la pensée -rythme de l'écriture -abstraction de la réalité -évocation d'une image mentale

[24] Il existe une infinité de métissages possibles entre l'Art et l'écrit. A titre d'exemple, nous pouvons citer les calligrammes de Guillaume APOLLINAIRE qui sont des poèmes dont la disposition graphique sur la page forme un dessin, généralement en rapport avec le sujet du texte ou encore les collages cubistes de Georges BRAQUE ou de Pablo PICASSO dans lesquels les textes deviennent des signes plastiques.

FACULTES HUMAINES LES PLUS SOLLICITEES	-l'esthésie : les cinq sens peuvent être stimulés -la motricité par le plaisir du geste, la manipulation d'objets concrets, l'investissement d'un espace, le déplacement du corps	-les mécanismes de conceptualisation -les fonctions instrumentales comme le langage, le raisonnement, les gnosies, à travers la manipulation d'idées, de pensées, de mots
TYPES DE MEMOIRES LES PLUS SOLLICITEES	mémoire de travail, sensorielle, affective, procédurale et des faits récents	mémoire de travail, sémantique, autobiographique, procédurale, affective, des faits récents et des faits anciens
RECEPTION DE L'ŒUVRE	-Réception multisensorielle -Sens de l'œuvre vient de l'interaction entre les divers éléments plastiques qui la composent	-Réception visuelle ou auditive -Sens de l'œuvre vient du rapport signifié/signifiant

Tableau N°1 : Tableau comparatif entre le collage et l'écriture.

Par la maîtrise de sa technique artistique et par la recherche esthétique, l'artiste confère à ses œuvres de la qualité et de la beauté. A travers le concept d'idéalité, Friedrich HEGEL souligne qu'un objet quelque conque et laid peut devenir beau par la médiation de l'Art. Selon lui, « *comparée à la réalité prosaïque, l'apparence produite par l'Art est un miracle d'idéalité. (...) Et l'Art dans cette idéalité est le milieu entre l'insuffisante existence objective et la représentation purement intérieure.* »[25] L'œuvre d'Art non seulement opère une transfiguration du réel mais aussi elle est le fruit d'une action dont la fin véritable est l'épanouissement de l'artiste. Néanmoins, l'Art n'est pas thérapeutique en soi. Son pouvoir et ses effets doivent être orientés par un professionnel, à savoir l'Art-thérapeute qui exploite le potentiel artistique d'une personne pour améliorer sa qualité de vie. Le travail thérapeutique s'instaure et se poursuit en deçà et au-delà du moment créateur.

III° L'ART-THERAPIE UTILISANT LE POUVOIR EXPRESSIF ET EDUCATIF DE L'ART AINSI QUE SES EFFETS RELATIONNELS PERMET DE RAVIVER LA SAVEUR EXISTENTIELLE DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.

III.1) L'originalité de l'Art-thérapie est d'impliquer l'Art dans un processus de soin visant l'amélioration de la qualité de vie de l'être humain.

III.1.1) L'Art-thérapie repose sur la théorie de l'Art opératoire.

L'Art-thérapeute accompagne en effet ses patients dans la pratique d'une activité artistique leur permettant de ressentir la saveur existentielle. L'être humain, conscient de sa finitude, a besoin de donner un sens à son existence pour se sentir heureux. Et pour être heureux, il faut que le rapport entre sa bonne santé et son bien-être soit harmonieux. Une personne ayant des problèmes de santé peut en effet être heureuse si elle a conservé le goût de vivre et inversement, une personne en bonne santé peut être malheureuse si elle a perdu le goût de vivre. La bonne santé, selon la définition de l'organisation mondiale de la santé, correspond à l'autonomie physique, mentale et sociale d'un individu et par conséquent, se caractérise par l'absence de tout dysfonctionnement physique, psychique ou social. Le bien-

[25] F. HEGEL, *Esthétique*, éd.PUF, 1981, p. 215-218.

être quant à lui, touche au plaisir, à la réalisation de soi et à l'harmonie avec les autres. Il est donc un ressenti subjectif, propre à chaque être humain qui porte un regard critique sur son existence.

Avec la théorie de l'Art opératoire, également appelée la théorie des trois B[26], Richard FORESTIER démontre que l'Art est au service de l'être humain, de son épanouissement et de sa qualité de vie. Quand un être humain est envahi par le plaisir esthétique, lors de la pratique d'une activité artistique, il ressent une saveur existentielle, résultant de ce rapport entre le savoir et la saveur. Cette *conscience d'être* un être humain, vivant et unique, lui permet d'assumer son identité[27], de développer sa personnalité[27] et de puiser dans son estime de soi l'énergie et la motivation nécessaires pour s'engager dans l'activité artistique. Cette énergie se manifeste par une poussée corporelle observable c'est-à-dire que le corps se met concrètement en mouvement. Sur le plan psychique, un être humain doté d'une bonne estime de soi a une bonne opinion de lui-même, a envie de s'engager dans une activité artistique et juge son engagement digne d'intérêt. Le Bon est cette tension existentielle de l'être humain, conscient d'appartenir à l'espèce humaine, d'être unique et en quête de son bonheur. Une fois engagé dans l'activité artistique, l'être humain doit se projeter dans l'avenir pour avoir une idée de l'œuvre qu'il souhaite réaliser. Il doit surtout avoir confiance en lui-même et en ses capacités pour ne pas renoncer au cours de l'activité. Il a en effet à opérer des modifications sur la production artistique qu'il est en train de façonner de sorte que celle-ci soit la matérialisation la plus fidèle possible de son idée initiale. La structure corporelle (également appelée le schéma corporel par les psychologues) est mise en jeu dans l'activité artistique. Autrement dit, pour réaliser une œuvre qui est la manifestation sensible de son style, l'être humain sollicite toutes les parties de son corps (ses yeux, sa main, ses doigts, …).Le Bien est cette phase de l'activité artistique qui, fondée sur la tension existentielle instaurée dans la phase du Bon, permet la réalisation d'un objectif, la mise en forme sensible d'une production artistique. La production artistique une fois achevée peut être considérée en elle-même par son créateur qui la juge belle ou non. Le jugement esthétique de l'être humain s'appuie à la fois sur un ressenti corporel et sur l'affirmation d'un goût personnel. En effet, pour dire s'il trouve une œuvre d'Art belle, il doit être sûr de ses opinions et de ses goûts. Le Beau est la gratification sensorielle ressentie par l'être humain qui lui permet d'apprécier une œuvre.

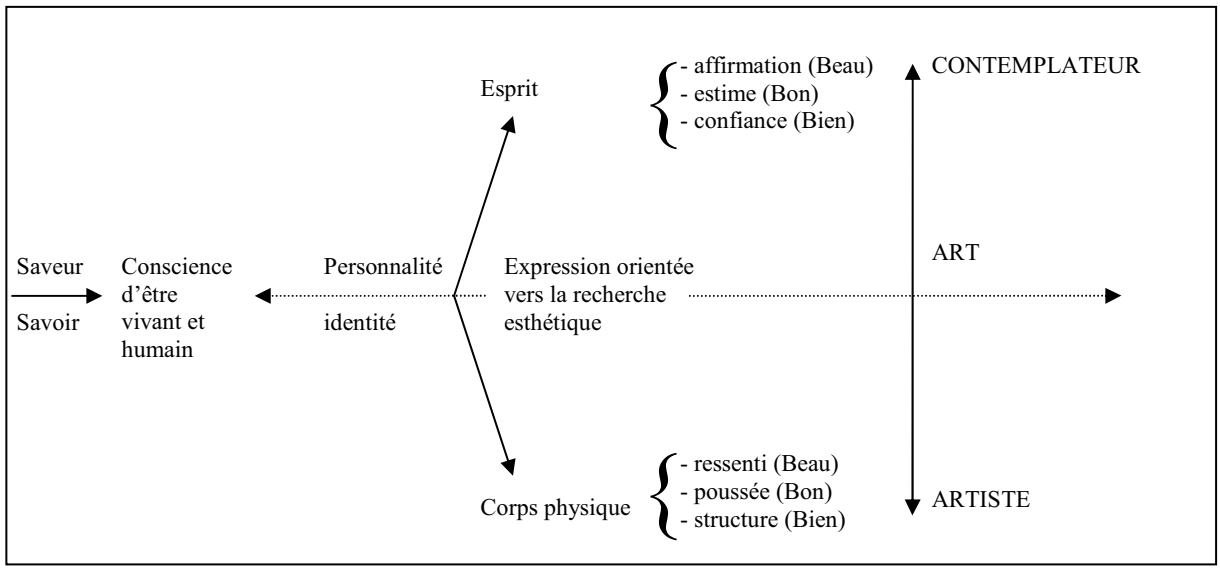


Schéma N°2 : Schéma récapitulatif de l'exploitation sanitaire de l'activité artistique
R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, éd. Favre, 5è édition augmentée, p.171.

[26] Pour exposer par la suite la théorie des trois B de Richard FORESTIER, nous avons pris comme source son ouvrage intitulé *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, éd. Favre, 2007, p. 167-171.
[27] Cf. propos sémantique p. 6.

Par le biais de cette théorie des trois B, Richard FORESTIER met en lumière l'originalité de l'Art-thérapie qui implique l'Art dans un processus de soin permettant d'améliorer la qualité de vie de l'être humain.

III.1.2) La théorie de l'Art opératoire est mise en pratique via le cube harmonique et l'observation du phénomène artistique.

Afin de mettre en pratique cette théorie de l'Art opératoire dans l'accompagnement de ses patients, l'Art-thérapeute utilise des outils d'observation et d'évaluation spécifiques : l'opération artistique[28], la fiche d'observation[29] et le cube harmonique.

Le cube harmonique est un outil d'auto-évaluation proposé au patient à la fin de chaque séance d'Art-thérapie. Ce dernier effectue une cotation (de 1 à 5) pour le Beau qui concerne son plaisir esthétique, pour le Bien qui concerne la qualité technique de sa production et pour le Bon qui concerne son envie de continuer à s'impliquer soit dans l'action soit dans la contemplation. Cet outil est aussi un processeur thérapeutique visant à susciter chez le patient l'envie d'améliorer son état initial. L'Art-thérapeute analyse et évalue ensuite ces cotations qui doivent être considérées dans l'ensemble de la prise en charge. En effet, « *le cube harmonique permet de mettre en évidence soit le niveau d'épanouissement esthétique*[30] *du patient, soit son niveau d'épanouissement et d'acquisition techniques*[31]*, soit son niveau de qualité existentielle*[32]*.* »[33]

Ces évaluations de cotations sont ensuite associées par l'Art-thérapeute aux fiches d'observation établies pour chaque patient et remplies à la fin de chaque séance d'Art-thérapie. La fiche d'observation permet à l'Art-thérapeute via l'observation du phénomène artistique d'évaluer le patient, sa maîtrise technique ainsi que son implication esthétique et relationnelle. A cette fin, le schéma de l'opération artistique constitue un outil d'analyse essentiel.

L'opération artistique est l'organisation de l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique (regroupant à la fois les mécanismes de l'impression et de l'expression). Elle constitue l'ossature de l'action thérapeutique car elle permet à l'Art-thérapeute de comprendre et d'analyser ce qui se manifeste dans le phénomène artistique c'est-à-dire ce qui est observable chez le patient lors des séances d'Art-thérapie. Représentée sous la forme d'un schéma opérationnel, elle permet à l'Art-thérapeute de localiser le Beau, le Bien et le Bon, de comprendre les mécanismes humains que chacun d'eux sollicitent (et ensuite d'élaborer une stratégie thérapeutique[34] selon les difficultés et potentialités du patient).

---

28 Cf. annexe A p.83.

29 Nous invitons le lecteur à se reporter à la partie 2 de ce mémoire et à l'annexe B p.84.

30 Le niveau d'épanouissement esthétique correspond à l'appréciation du décalage entre l'émotion esthétique idéale et la captation esthétique réelle du patient. Il s'agit du Beau.

31 Le niveau d'épanouissement et d'acquisition techniques correspond à l'appréciation du décalage entre la perfection technique idéale et la réalisation technique réelle du patient. Il s'agit du Bien.

32 Le niveau de qualité existentielle correspond à l'appréciation du décalage entre le bonheur idéal et la qualité du vécu réel du patient. C'est le Bon.

33 R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, 2004, p. 247.

34 Cf. partie 2 de ce mémoire.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9.

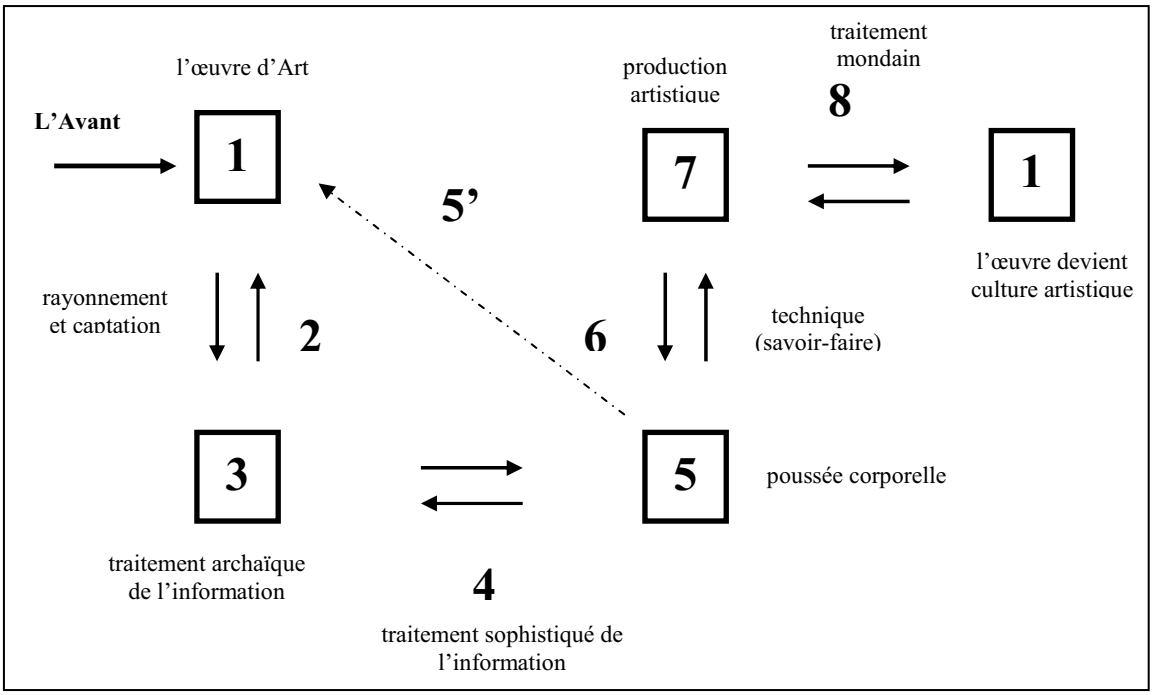


Schéma N°3: .Schéma synthétique de l'opération artistique[35],
R. FORESTIER *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, éd. Favre, 5è édition augmentée, p.187.

Le Bon concerne l'engagement de l'être humain dans l'activité artistique et se manifeste par une intention en phase [4], en réponse à une sensation en [3] produisant une réaction en [5]. Le Bien concernant le style se manifeste dans la phase [6] par une action autorégulée entre l'intention et l'action selon la maîtrise technique. Le Beau concernant le goût est ressenti en phase [3] et il se manifeste dans le rayonnement esthétique [2] d'une œuvre réalisée en [7]. Ainsi, l'activité artistique repose sur le principe d'échange fondamental entre les mondes intérieur et extérieur de l'être humain. Autrement dit, la pratique d'une activité artistique dépend de la manière dont un être humain interagit avec son environnement extérieur. Le Beau, le Bien et le Bon s'animent l'un l'autre lorsque l'être humain réalise une production artistique au cours de laquelle il se sent exister. Il s'engage dans cette activité artistique qui détermine son goût et son style, lui permet d'affirmer sa personnalité, de prendre confiance en lui-même et de se juger digne d'intérêt en tant qu'être humain sensible et unique. L'Art-thérapeute s'appuie sur la théorie de l'Art opératoire pour permettre à ses patients, à savoir les personnes âgées Alzheimer, de se sentir dignes[36] et vivantes.

III.2) L'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.

III.2.1) L'Art-thérapie exploitant l'esthésie favorise le plaisir esthétique et la qualité existentielle des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Comme l'esthésie* n'est pas altérée par la maladie d'Alzheimer, les personnes âgées souffrant de cette pathologie peuvent toujours capter des messages sensoriels extérieurs, qu'ils soient visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs ou tactiles, même si ces derniers peuvent être amoindris du fait du vieillissement normal des capteurs sensoriels. Indépendamment de leurs troubles mnésiques, elles peuvent donc percevoir des sensations en interagissant avec leur

[35] Pour ne pas alourdir la lecture et privilégier notre argumentation, nous présentons ici le schéma synthétique de l'opération artistique. Nous invitons le lecteur à se reporter à l'annexe A p.83 qui présente et explique en détail chacune des phases de l'opération artistique

[36] Cf. propos sémantique p.6.

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

environnement extérieur. Lors d'une activité artistique à visée esthétique, personnelle, adaptée et valorisante, elles peuvent donc aussi ressentir des gratifications sensorielles. Le Beau est en effet ressenti et savouré à travers la contemplation et la production d'œuvres d'Art. Et, le Bon désigne cette tension existentielle de l'être humain vers le bonheur, conscient d'appartenir à l'espèce humaine et d'être unique. Ainsi, l'Art-thérapie exploitant l'esthésie favorise le plaisir esthétique des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer qui se sentent vivantes dans le temps vécu de l'activité artistique. Elles vivent l'instant présent et cheminent au rythme de leur propre temporalité, d'une sensation à une autre, envahies par le plaisir esthétique leur permettant de ressentir la saveur existentielle. En d'autres termes, l'Art-thérapie s'appuie sur ce rapport entre le savoir et la saveur pour améliorer la qualité existentielle de ces personnes âgées, en exploitant leur ressenti corporel (traitement archaïque de l'information correspondant à la phase 3 dans le schéma de l'opération artistique), et en palliant leurs troubles mnésiques et cognitifs, (traitement sophistiqué de l'information correspondant à la phase 4 de l'opération artistique). Les personnes âgées Alzheimer, ainsi tendues vers leur épanouissement personnel et valorisées à travers l'Art, améliorent leur estime de soi. Et, celle-ci contient l'énergie et la motivation nécessaires pour maintenir leur engagement dans l'activité artistique.

III.2.2) L'Art-thérapie développant le goût et le style des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer leur permet d'affirmer leur personnalité et de maintenir leur continuité identitaire.

Engagées dans l'activité artistique, les personnes âgées Alzheimer sont accompagnées par l'Art-thérapeute de manière personnalisée et adaptée. Interagissant avec leur environnement extérieur, elles opèrent des choix tant dans la captation sélective et l'appréciation des messages sensoriels déterminant leur goût que dans l'exécution de leurs productions artistiques dans lesquelles elles laissent leur empreinte. Celles-ci constituent la manifestation sensible de leur style. Avec l'expérience et la maîtrise technique par le biais de la mémoire procédurale, altérée très tardivement dans la maladie d'Alzheimer, elles déterminent leur goût dans la pratique d'une activité artistique appropriée ainsi qu'un style singulier identifiable dans leurs productions artistiques personnelles. Et celui-ci est d'autant plus repérable par les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer lorsque la production artistique est dissociée de l'expression. En effet, les Arts plastiques et l'écriture sont deux techniques artistiques se caractérisant par cette particularité commune. Contrairement aux musiciens, aux comédiens ou aux danseurs, les artistes plasticiens et les écrivains créent des œuvres qui peuvent être contemplées en différé, en dehors de l'activité artistique, et ils peuvent laisser leur trace, concrète et visible, dans le monde extérieur.

Ainsi, en déterminant leur goût et leur style à travers la pratique d'une activité artistique, les personnes âgées Alzheimer prennent progressivement confiance en elles-mêmes, elles poursuivent leur existence, malgré l'oubli progressif et douloureux de leur histoire de vie. L'Art-thérapie leur permet d'affirmer leur personnalité mais aussi de maintenir leur continuité identitaire. En effet, l'identité humaine n'est pas appréhendée uniquement comme une mémoire du passé, un patrimoine personnel figé mais aussi comme un processus de construction de son histoire personnelle, toujours actif même s'il y a défaut mnésique car l'être humain ne cesse d'interagir avec son environnement extérieur et avec autrui. En mettant en forme leurs ressentis, via les mécanismes de l'expression, les personnes âgées Alzheimer continuent donc d'interagir avec leur environnement extérieur dans lequel elles laissent une trace personnelle, et elles s'affirment ainsi en tant que personnes uniques, sensibles et dignes[37] dans le regard bienveillant des autres.

---

[37] Cf. propos sémantique p.6.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9.

III.2.3) L'Art-thérapie exploitant la mémoire affective et les effets relationnels de l'Art permet à des personnes âgées Alzheimer de maintenir des liens sociaux.

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer partagent avec les spectateurs de leurs productions artistiques un intérêt manifeste pour l'Art qui leur procure un plaisir esthétique sur le plan sensoriel et une émotion esthétique sur le plan affectif. En effet, au contact d'œuvres d'Art dont l'impact sensoriel est intense, l'artiste et le contemplateur perçoivent de manière similaire des sensations brutes et savoureuses relevant de l'esthésie, qui une fois traitées au niveau neurologique, génèrent une émotion esthétique qui échappe à la verbalisation. C'est l'effet relationnel de l'Art qui joue un rôle important dans le traitement mondain des œuvres d'Art (correspondant à la phase 8 de l'opération artistique). Par son regard ou par ses commentaires, le spectateur contribue à la reconnaissance du statut de l'artiste et réciproquement, celui-ci, ainsi valorisé à travers le regard approbateur du spectateur sur ses œuvres, maintient intacte son envie de continuer à créer des productions artistiques et à s'épanouir.

L'Art-thérapie exploitant ces effets relationnels de l'Art permet aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer de maintenir des relations sociales, au-delà des mots, d'autant plus que la mémoire affective n'est pas altérée par le processus dégénératif de cette pathologie. La mémoire affective est en effet une mémoire implicite à long terme qui permet aux personnes âgées Alzheimer d'enregistrer le regard, les gestes et le ton de la voix des personnes qui les entourent, d'entretenir avec ces dernières une relation et une communication non verbale. En exploitant la mémoire affective des personnes âgées Alzheimer, l'Art-thérapie contribue non seulement à réduire certains de leurs troubles du comportement et de l'humeur mais aussi à maintenir certaines de leurs capacités cognitives. La qualité des relations sociales des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer dépend en effet du climat affectif dans lequel elles se trouvent dans la mesure où celui-ci influe sur le fonctionnement cognitif et sur la motivation.

III.3) Plusieurs expériences d'ateliers d'Art-thérapie ont été menées auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

III.3.1) Le dessin et la peinture sont utilisés par une psychologue clinicienne comme méthode diagnostique et thérapeutique auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Henryka Katia LESNIEWSKA, psychologue clinicienne, associe l'Art à la thérapie cognitivo-comportementale[38] lors des ateliers thérapeutiques qu'elle a menés pendant dix-huit années, dans des services de long séjour, auprès de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. Sur le terrain, elle utilise le dessin comme méthode de diagnostic de l'apraxie constructive*, signe précoce du déficit cognitif généré par la DTA[39]. Lors de séances individuelles, elle propose l'exercice « copier une maison » et elle utilise le MMSE[40] pour évaluer les déficits de ses patients. Par la suite, elle utilise la peinture comme un moyen thérapeutique visant à améliorer l'état de ses patients. Précisément, elle propose à ses patients, lors d'ateliers collectifs, de copier des œuvres d'artistes, considérant cette technique comme une technique universelle d'initiation à la peinture. Elle utilise des méthodes d'intervention comportementale (incitation verbale ou gestuelle, répétition des consignes, imitation, …) et elle évalue les productions artistiques de ses patients qui sont conservées à l'atelier.

---

[38] Pour définir cette thérapie, nous nous appuyons sur le site www.aftcc.org (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive). La thérapie cognitivo-comportementale intervient sur le psychisme et sur le comportement du patient. Elle obéit à des protocoles standardisés dont la validité est basée sur la preuve. Cette thérapie s'attaque aux difficultés du patient par des exercices pratiques centrés sur les symptômes et par l'accompagnement du thérapeute intervenant sur les processus considérés comme à l'origine des désordres émotionnels. Le changement durable du comportement est considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie.

[39] DTA= Démence de Type Alzheimer.

[40] MMSE= Mini Mental State Examination

S'appuyant sur sa longue expérience et sur les récentes études en neuropsychologie, H. K. LESNIEWSKA analyse les bénéfices de ces ateliers pour ses patients[41]. En accompagnant des personnes âgées Alzheimer dans la réalisation de peintures, elle constate que pour certaines d'entre elles, leur humeur s'améliore car elles se sentent valorisées socialement en montrant leurs œuvres, passant ainsi d'un rôle « d'assisté » à celui « d'artiste » et « de donateur ». Les fonctions perceptives et intellectuelles impliquées dans l'acte de peindre sont stimulées et réhabilitées. De nouveaux apprentissages simples sont possibles. Ses résultats sont démontrés par une augmentation du score du MMSE d'environ 4 points. Egalement, elle observe chez la plupart de ses patients une évolution esthétique. Lors des séances individuelles préalables aux ateliers, au cours desquels elle leur propose de « copier une maison », ces derniers produisent des dessins simplifiés, désorganisés, lacunaires, déformés ou présentant des incongruités (ex : une maison-visage, des fenêtres à boutons, ...). Lors des ateliers collectifs à dominante picturale, les patients commencent à réaliser des œuvres simples, de qualité et qui présentent un style personnel. La surface occupée par les motifs augmente, une harmonie des formes et des couleurs est recherchée. Ainsi, indépendamment des différences socioculturelles, de l'âge, du sexe, du niveau de formation artistique et du MMSE moyen des patients, H. K. LESNIEWSKA observe pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer aux stades débutant et modéré, une évolution esthétique, cognitive, praxique et thymique positive.

L'intérêt de sa démarche est d'évaluer de manière précise, via des outils psychométriques associés à une activité artistique, les déficits de ces personnes âgées Alzheimer afin de les faire progresser sur le plan cognitif, moteur et comportemental au sein d'ateliers collectifs en fonction d'objectifs psychomoteurs, rééducatifs et psychothérapeutiques. L'Art est médiatisé dans cette double démarche diagnostique et thérapeutique qui s'approche de la psychothérapie à support artistique et qui se différencie du modèle tourangeau de l'Art-thérapie selon lequel l'Art est un processeur thérapeutique.

III.3.2) Des expériences d'ateliers d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques, musique et/ou danse sont régulièrement menées auprès de personnes âgées Alzheimer par des Art-thérapeutes formés à l'Ecole d'Art-thérapie de Tours.

Depuis l'an 2000, chaque année, des étudiants inscrits au Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de Tours, mènent des expériences d'ateliers d'Art-thérapie en milieu gériatrique dont ils dressent le bilan analytique et évaluatif dans des mémoires. Depuis 2008, ces derniers représentent en moyenne un sixième de l'ensemble des mémoires d'Art-thérapie validés et soutenus chaque année à Tours[42]. Parmi les nombreuses thématiques liées au vieillissement, la maladie d'Alzheimer est traitée de façon continue depuis l'an 2000 et de manière croissante depuis 2008, date de la mise en action en France du Plan Alzheimer par le Ministère de la Santé. Nous nous intéressons aux mémoires d'Art-thérapie traitant de la maladie d'Alzheimer sur la période de 2006 à 2010 pour repérer les lieux d'intervention, les techniques artistiques utilisées et surtout, pour lister les bénéfices de l'Art-thérapie observés par ces étudiants chez leurs patients. Nous commençons notre lecture à partir des mémoires d'Art-thérapie de 2006 car selon l'étude[43] chronologique et méthodologique des mémoires du D.U. d'Art-thérapie de Tours menée par Fanny CRAPART, ces derniers ont gagné depuis 2006 en rigueur scientifique. En effet, elle démontre que cela s'explique par le fait que la définition de l'Art-thérapie selon le modèle tourangeau ainsi que ses concepts se sont affinés au fil des années.

---

41 *Alzheimer- Thérapie comportementale et Art-thérapie en institution*, éd. L'Harmattan, 2003, p.81-93.

42 Pour ces recensements, nous avons consulté les mémoires du D.U. d'Art-thérapie à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Tours.

43 Fanny CRAPART présente cette étude dans son mémoire du D.U. d'Art-thérapie de Poitiers, validé et soutenu en 2007, qui s'intitule *Bilan et analyse des objectifs thérapeutiques spécifiques à la prise en charge en Art-thérapie de patients cérébro-lésés au regard des mémoires du diplôme universitaire d'Art-thérapie de Tours de 2000 à 2006.*

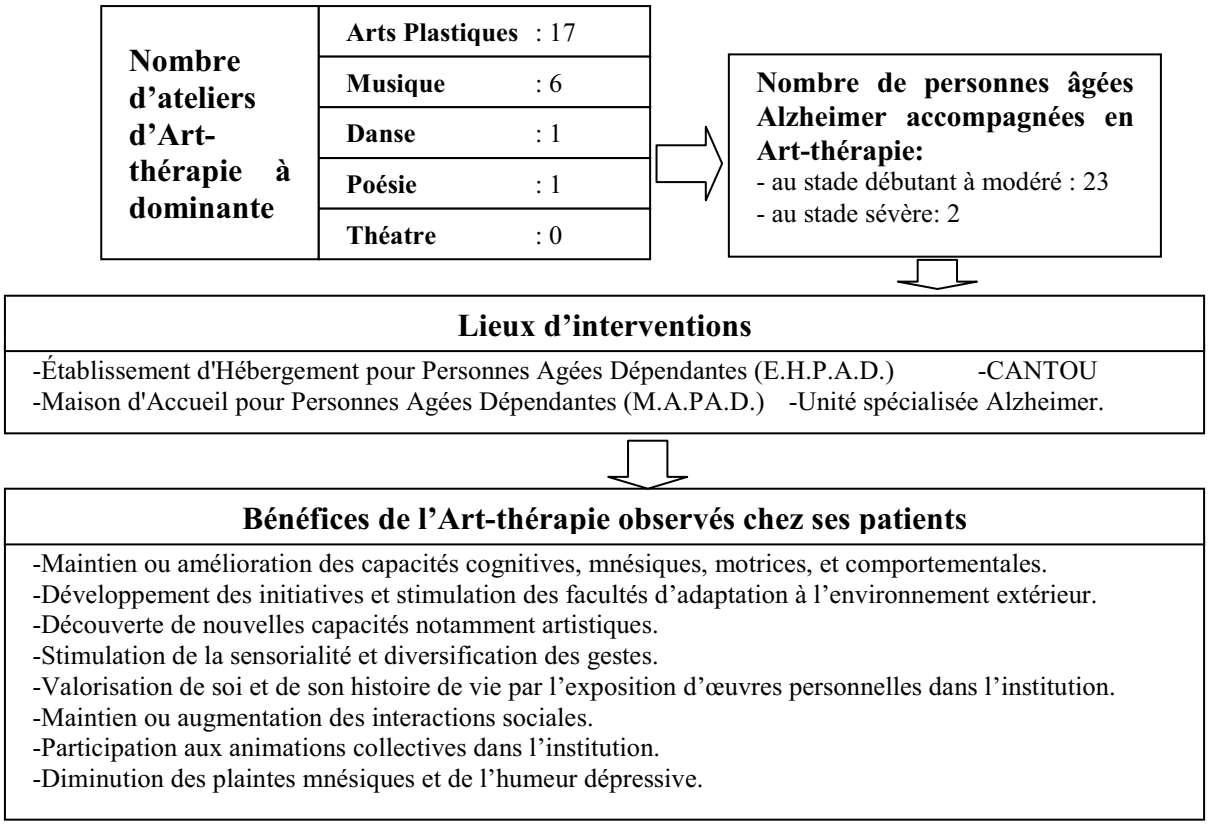


Schéma N°4 : Schéma synthétique des axes de travail développés dans les mémoires d'Art-thérapie de Tours traitant de la maladie d'Alzheimer sur la période 2006 à 2010

Nous constatons que les ateliers d'Art-thérapie menés par ces étudiants se situent essentiellement dans des institutions gériatriques de long séjour. Un seul mémoire relate une expérience d'Art-thérapie menée au domicile d'une personne âgée Alzheimer. Souvent, une seule technique artistique est exploitée par l'Art-thérapeute, privilégiant les Arts plastiques et la musique. Seuls quatre mémoires présentent un atelier d'Art-thérapie reposant sur l'utilisation de deux techniques artistiques. Ces étudiants Art-thérapeutes ont tous observé chez leurs patients, principalement atteints de la maladie d'Alzheimer aux stades débutant et modéré, une amélioration de leur qualité de vie. Egalement, ils s'investissent de plus en plus dans l'exploitation et l'adaptation de leur technique artistique en fonction de la pathologie de leurs patients. A titre d'exemple, Céline FUZEAU présente dans son mémoire de D.U. d'Art-thérapie de Tours (2008), la manière dont elle a exploité divers styles de danse aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. Elsa ORTEGA-SALABI présente, dans son mémoire de D.U. d'Art-thérapie de Tours (2008), la manière dont elle a utilisé le dessin comme mode d'exploitation des habiletés visuo-perceptives de ses patients.

L'ensemble de ces mémoires d'Art-thérapie constitue un véritable vivier à exploiter pour aborder ce même sujet sous un nouvel angle non exploré. Notre démarche de lecture des autres mémoires du D.U. d'Art-thérapie de Tours traitant de la maladie d'Alzheimer ne vise pas seulement à analyser la méthodologie de travail spécifique à l'Art-thérapeute, mais aussi à enrichir les travaux déjà effectués par les étudiants en Art-thérapie concernant ce public. Aussi, nous vous présentons, dans la partie suivante de notre mémoire, l'atelier d'Art-thérapie que nous avons mené au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges. Nous avons privilégié la mise en place d'un atelier d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques et écriture dans une structure gériatrique de court séjour, accueillant de manière intermittente des personnes âgées Alzheimer vivant toujours à leur domicile avec leur famille. Dans un objectif d'adaptation de la technique artistique aux troubles mnésiques et thymiques de nos patients, nous avons travaillé en étroite collaboration avec une neuropsychologue rattachée au pôle gériatrique du CHU de Limoges.

PARTIE 2 :

AU SEIN DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DU CHU DE LIMOGES, L'ART-THERAPEUTE, DONT L'ORIGINALITE EST D'IMPLIQUER L'ART DANS UN PROCESSUS DE SOIN, ACCOMPAGNE DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER AU MOMENT OÙ SE TRANSFORMENT LEURS LIENS FAMILIAUX.

I° L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DU CHU DE LIMOGES EST SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE, INTERMITTENTE ET PONCTUELLE DE PERSONNES AGEES ATTEINTES DE DEMENCES EVOLUTIVES VIVANT A LEUR DOMICILE AVEC LEURS FAMILLES.

I.1) L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges est un lieu d'évaluation des pathologies physiques et psychiques des personnes âgées.

I.1.1) La spécificité de son mode de fonctionnement permet d'individualiser les projets de soin des patients.

L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges est une alternative à l'hospitalisation classique[1], à temps partiel et à durée déterminée. Il se différencie ainsi des accueils de jour qui sont des structures médico-sociales. Chaque personne âgée est accueillie au sein de l'HDJRG[2] de Limoges sur le mode d'un contrat établi entre le patient, le soignant et la famille et orienté vers un objectif de soins défini selon les déficits, les ressources et l'histoire de vie du patient. La prise en charge intermittente[3] et pluridisciplinaire d'un nombre restreint de personnes âgées dans un lieu rassurant, fonctionnel et sécurisé permet d'individualiser les projets de soin des patients. Concrètement, l'HDJRG de Limoges peut accueillir par jour au maximum une quinzaine de personnes âgées qui arrivent le matin et repartent le soir en VSL (véhicule sanitaire léger). Elles retrouvent ainsi d'une semaine à l'autre les mêmes personnes le temps de leur accompagnement. Dans cette unité dotée de plusieurs salles (salle de soins infirmiers, salle de kinésithérapie et de psychomotricité, salle à vivre et d'activités collectives, cuisine, bureau polyvalent), divers types de prises en charge des patients sont possibles et modulables. Des soins techniques, de la rééducation, des activités thérapeutiques, des entretiens psychologiques individuels ainsi qu'un suivi social sont assurés par une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe se compose d'un praticien hospitalier gériatre, responsable de l'unité, d'une cadre de santé, de trois infirmières, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'un kinésithérapeute et d'une diététicienne.

I.1.2) L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges intervient dans la coordination des soins et des acteurs autour des patients.

L'équipe pluridisciplinaire de l'unité, spécialisée en gériatrie, travaille[4] en étroite collaboration avec les autres services du CHU de Limoges (service d'imagerie médicale, équipes mobiles de gériatrie,…). Elle travaille aussi en partenariat avec les acteurs du maintien à domicile (médecins généralistes ou spécialistes, IDE[5], SSIAD[6],…) et avec l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées (EHPAD[7], accueils de jour, foyers-logements,…). Ce travail en réseau ville-hôpital permet de cibler et de coordonner les soins dans un temps limité de prise en charge des patients sur quelques mois.

---

1 Le fonctionnement et la spécificité des alternatives à l'hospitalisation sont définis dans le Code de la santé publique (articles D6124-301 à D6124-311), dans le décret du 2 octobre 1992, dans la circulaire de 1977 et dans les ordonnances Juppé de 1996. Depuis 2006, de nouveaux textes de loi ont été adoptés concernant la filière gériatrique: le programme pour la gériatrie (04/2006), la circulaire frontière (08/2006) et la circulaire filière des soins gériatriques (03/2007). Au niveau régional, un projet d'hôpital de jour doit s'inscrire dans les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire défini pour 5 ans par les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

2 Pour alléger la lecture, on opte pour cette abréviation : HDJRG = Hôpital de Jour et de Réadaptation Gériatrique.

3 Les patients sont accueillis sur une journée de sept heures, une ou deux fois par semaine, sur une durée variable d'un à cinq mois. Ils bénéficient d'une ou plusieurs prises en charge par les différents membres de l'équipe selon leurs problématiques et les objectifs de l'équipe.

4 L'équipe utilise plusieurs outils de coordination des soins: transmissions orales journalières, staffs hebdomadaires internes, réunions externes avec d'autres professionnels, échanges téléphoniques. Un carnet de liaison permet d'établir des liens réguliers avec la famille, les partenaires du domicile et le médecin traitant qui est à l'origine de la demande d'admission du patient au sein de l'HDJRG de Limoges.

5 IDE = Infirmier Diplômé d'Etat.

6 SSIAD = Services de Soins Infirmiers A Domicile.

7 EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

I.1.3) Les pathologies des patients sont évaluées de manière globale, individualisée et standardisée.

Cette unité, implantée à proximité d'un plateau technique, est amenée à gérer des situations gériatriques complexes (une dépendance croissante difficile à gérer à domicile, une situation de crise,…). L'équipe pluridisciplinaire, dotée de compétences techniques et humaines, médicales et paramédicales, prend en charge des personnes âgées présentant une perte d'autonomie physique et/ou psychique, souvent liée à une polypathologie. Chaque personne âgée suivie au sein de l'HDJRG de Limoges bénéficie d'une évaluation somatique, sensorielle, nutritionnelle, motrice, cognitive, comportementale, thymique et sociale de ses troubles. Cette évaluation globale et multidimensionnelle prend en compte l'environnement (matériel, humain) et le projet de vie de chacun de ces patients. Pour assurer cette mission diagnostique, les divers membres de l'équipe pluridisciplinaire utilisent chacun selon leur champ de compétences des outils d'évaluation standardisés[8]. Lors de réunions de synthèse hebdomadaires, ils hiérarchisent au cas par cas les problèmes, affinent leur observation des patients, discutent des évolutions dans le dialogue avec les partenaires, et font des propositions de prises en charge institutionnelles et thérapeutiques pour chacun des patients.

I.2) L'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges est un lieu d'accompagnement thérapeutique des patients et de leurs familles.

I.2.1) La majorité des patients souffrent de la maladie d'Alzheimer.

Conjointement au contrôle médical des soins et de l'iatrogénie*, l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJRG de Limoges assure une mission thérapeutique concernant les maladies neurodégénératives évolutives. Les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer sont accueillies dans l'unité dans le respect de leurs modes de vie habituels. L'unité est démédicalisée et à taille humaine. Des repères spatio-temporels et relationnels sont instaurés pour garantir la sécurité physique, psychologique et affective de ces patients. L'équipe de professionnels est restreinte et permanente, chaque journée d'accueil est une journée type. Diverses activités thérapeutiques sont proposées aux patients, de manière individuelle ou collective, par chaque professionnel, avec ses outils propres de compétence et selon une approche réadaptative et/ou psychothérapeutique.

I.2.2) Les patients bénéficient d'un programme de soins à visée réadaptative et psychothérapeutique.

L'approche réadaptative, à la fois motrice, cognitive et sociale, vise l'amélioration de l'autonomie des personnes âgées, notamment par la rééducation de la marche, de l'équilibre et des gestes quotidiens, l'apprentissage d'aides techniques et de stratégies d'adaptation, l'optimisation des capacités cognitives ou l'intégration des patients dans des groupes d'activité ou dans des structures-relais. De manière conjointe, les exercices de stimulation cognitive proposés aux patients par les infirmières de l'unité, sous le contrôle de la psychologue, sollicitent et entretiennent les facultés mnésiques restantes des patients en vue de ralentir leur aggravation. La psychologue propose aussi des entretiens psychologiques individuels aux patients Alzheimer qui nécessitent d'avoir un espace de parole et d'écoute de leur souffrance psychique. Il sont aidés dans leur vécu de la maladie (acceptation du diagnostic et des nouveaux handicaps, traitement des états dépressifs émergeants ou résurgents,…) d'autant plus que celle-ci influe souvent par voie de conséquence sur les relations complexes qu'ils entretiennent avec leurs proches.

---

[8] A titre d'exemple, le gériatre peut utiliser l'Evaluation Standardisée Médicale, le neuropsychologue effectue le test psychométrique de Gröber et Buschke et l'assistante sociale dresse le génosociogramme des patients.

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

I.2.3) L'équipe pluridisciplinaire de l'unité joue un rôle essentiel dans la médiation familles/patients.

Un programme de soins individualisé est établi pour chaque nouveau patient admis au sein de l'HDJRG de Limoges. L'équipe pluridisciplinaire de l'unité le propose au patient, à sa famille et au médecin traitant. L'implication des familles dans le programme de soins de leurs proches permet d'optimiser la qualité des soins ou de réajuster les projets thérapeutiques en ciblant de manière plus précise les besoins des patients. N'étant pas des professionnels de santé, les familles ont besoin d'être conseillées dans l'accompagnement au quotidien de leurs proches, dans la recherche d'un futur mode de prise en charge adapté et, d'être informées sur la maladie de leurs proches, ses causes et son évolution. Les pathologies des patients altèrent très souvent la vie quotidienne au sein de la cellule familiale et génèrent un épuisement nerveux et/ou physique des familles. Celles-ci, dont certaines entretiennent une relation d'aide inappropriée et culpabilisante avec leurs proches, ont besoin d'un temps de répit, d'un espace de parole et d'un lieu d'écoute de leur souffrance. L'HDJRG de Limoges est aussi un lieu de soin qui permet un décryptage des liens familiaux et la gestion de situations de crises familiales pouvant conduire à des hospitalisations d'urgence des patients ou à des entrées en institutions non préparées. L'équipe pluridisciplinaire de l'unité accompagne les familles dans la compréhension de la situation actuelle souvent mal vécue. Pour cela, elle écoute de manière attentive et compréhensive l'histoire familiale (racontée de manière partielle car elle relève de l'intimité), permettant le repérage des difficultés, et elle aide à la verbalisation des sentiments d'impuissance ressentis par les familles. Conjointement, les patients sont accueillis dans un lieu tiers et selon un mode de prise en charge intermittente, inscrite dans la durée permettant de travailler la séparation patients/familles. Cette séparation permet d'assouplir des relations familiales parfois fusionnelles, notamment lorsque les patients souffrent de pathologies démentielles, et également de préparer dans de bonnes conditions le maintien à domicile ou parfois l'entrée en institution.

II° L'ATELIER D'ART-THERAPIE S'INTEGRE DANS LE PROJET THERAPEUTIQUE GLOBAL DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DE LIMOGES POUR ACCOMPAGNER DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER AU STADE MODERE.

II.1) L'Art-thérapie est un métier à part entière et une pratique thérapeutique originale.

II.1.1) L'Art-thérapeute intervient sur indication médicale et élabore pour chacun de ses patients un projet thérapeutique approprié et personnalisé.

L'Art-thérapeute intervient sur l'indication médicale d'un médecin ou d'un praticien hospitalier, qu'elle peut confirmer ou infirmer, et elle établit pour chacun de ses patients un projet thérapeutique prenant en compte leurs déficits, leurs potentialités, leur histoire de vie et leurs souhaits actuels. Sur le terrain, elle instaure un cadre thérapeutique rassurant et modulable pour les patients qu'elle accompagne sur la durée, séance après séance, rencontre après rencontre. Elle détermine et modifie si nécessaire les modalités d'accompagnement de ses patients : accompagnement individuel ou collectif ; présence ou non d'un co-thérapeute ; fréquence, durée et dynamique des séances ; choix du lieu, de la technique artistique et de la méthode, modalités d'un programme de soin entre les séances d'Art-thérapie.

II.1.2) L'Art-thérapeute utilise des outils d'observation et d'évaluation spécifiques pour accompagner ses patients.

Au fil des séances, l'Art-thérapeute observe les patients en situation pour repérer leurs potentialités et leurs difficultés. Ces dernières peuvent être dues à la pathologie du patient (les

sites d'action), à la pratique même de l'activité artistique ou à l'environnement extérieur (la dominante et les phénomènes associés). En localisant sur le schéma de l'opération artistique[9] les sites d'action et les cibles thérapeutiques, l'Art-thérapeute élabore, met en œuvre et évalue, en réajustant si besoin, une stratégie thérapeutique pertinente pour chacun de ses patients, en accord avec les indications médicales et les objectifs thérapeutiques. Elle utilise et adapte des outils spécifiques d'observation et d'évaluation de l'état de ses patients en vue d'améliorer celui-ci. Précisément, elle rédige par patient une fiche d'ouverture et une fiche de clôture en amont et en aval de l'accompagnement en Art-thérapie dont elle dresse le bilan, trimestriel et annuel, afin de le transmettre à l'équipe. Elle remplie également par patient et à chaque séance une fiche d'observation qui est associée de manière complémentaire au cube harmonique. Ce dernier est un outil d'auto-évaluation de la production artistique par le patient qui l'a réalisée. Il est amené à effectuer en fin de séance une cotation sur trois critères: le Beau qui concerne le plaisir esthétique, le Bien qui concerne la qualité technique de la production et le Bon qui concerne l'envie de continuer à s'impliquer soit dans l'action soit dans la contemplation. L'Art-thérapeute analyse et évalue ensuite ces cotations qui sont considérées dans l'ensemble de la prise en charge et associées aux fiches d'observations.

II.1.3) L'Art-thérapeute possède des compétences artistiques et respecte le Code de Déontologie de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours.

L'originalité de l'Art-thérapie repose sur l'implication de l'Art dans un processus de soin. Or, l'Art pour être thérapeutique doit être exploité dans ce sens par une spécialiste, à savoir l'Art-thérapeute. Cette professionnelle doit donc être dotée de connaissances et de compétences artistiques, thérapeutiques et scientifiques afin de maîtriser et d'orienter le pouvoir et les effets inhérents à l'Art dans le cadre du projet thérapeutique du patient. Même si son objectif n'est pas de former des artistes, l'Art-thérapeute doit posséder des connaissances et savoir-faire en Art rigoureux car elle intervient sur les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. L'Art-thérapeute accompagne ses patients dans leur cheminement artistique propre jusqu'à l'amélioration de leur qualité de vie en faisant preuve de discrétion et d'empathie. Elle respecte en ce sens le Code de Déontologie de sa discipline professionnelle défini par l'Ecole d'Art-thérapie de Tours. Celui-ci garantit son sérieux et sa moralité auprès des patients et des employeurs.

II.2) L'Art-thérapeute adapte son atelier d'Art-thérapie selon le profil de ses patients et selon le mode de fonctionnement de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges.

II.2.1) L'Art-thérapeute intervient sur l'indication médicale du gériatre et elle implique l'équipe pluridisciplinaire de l'unité dans son atelier d'Art-thérapie.

L'équipe pluridisciplinaire de l'HDJRG de Limoges s'investit dans le traitement médical des pathologies gériatriques et le soulagement de la souffrance psychique des patients ainsi que dans le maintien de leur autonomie et la rééducation de leurs déficits. L'Art-thérapeute renforce de manière complémentaire le travail de cette équipe avec pour particularité d'exploiter les capacités résiduelles des personnes âgées suivies et de susciter chez elles de nouveaux centres d'intérêts en les accompagnant dans la pratique d'une activité artistique thérapeutique et personnelle. Aussi, elle détermine les objectifs et les modalités de son atelier d'Art-thérapie de sorte à rendre celui-ci opérant et cohérent par rapport au projet thérapeutique global de l'HDJRG de Limoges.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9 et la partie 2 de ce mémoire.

[9] Cf. annexe A p.83.

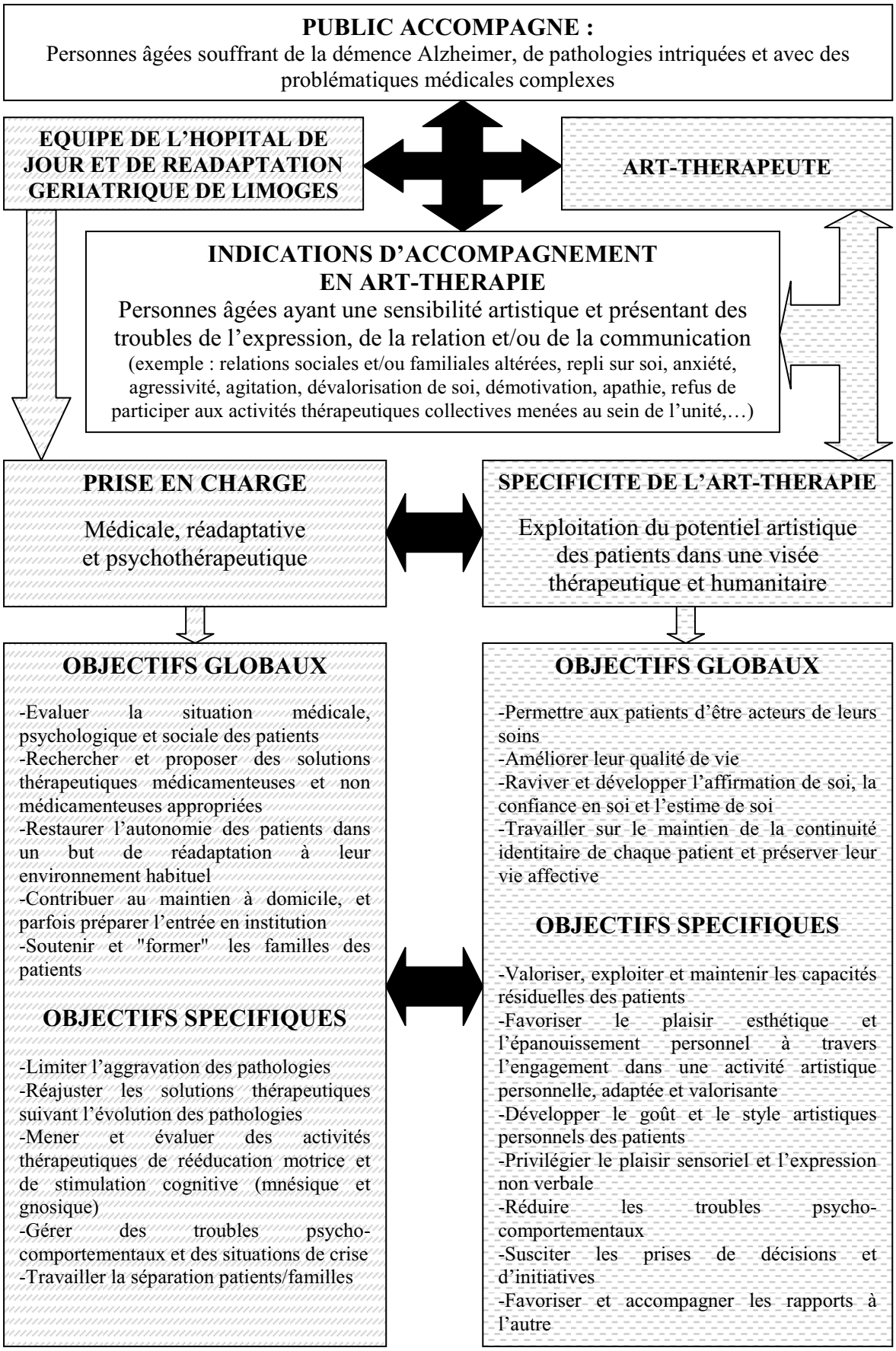


Schéma N°5 : Complémentarité de l'atelier d'Art-thérapie et du projet thérapeutique global de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges.

Avant ses premières interventions auprès des patients, l'Art-thérapeute présente à l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJRG de Limoges la spécificité et les apports de sa discipline professionnelle, via des échanges oraux et des supports écrits[10]. L'équipe, une fois bien informée, a transmis à l'Art-thérapeute des indications médicales d'accompagnement en Art-thérapie précises et pertinentes. Celles-ci ont été signées par le médecin gériatre de l'unité, conseillé par les trois infirmières travaillant au quotidien auprès des patients. En sensibilisant ses collègues à l'originalité de sa pratique thérapeutique, l'Art-thérapeute a posé et défini le cadre de son intervention au sein de l'unité et par rapport aux autres professionnels. Elle a surtout recherché l'adhésion en amont des membres de l'équipe à son atelier d'Art-thérapie afin d'envisager si nécessaire, leur participation ponctuelle en tant que co-thérapeutes lors de séances d'Art-thérapie et/ou leur implication dans les programmes de soin personnalisés des patients visant à pérenniser l'action thérapeutique en dehors des séances d'Art-thérapie.

II.2.2) Les personnes âgées accompagnées en Art-thérapie sont respectées dans leur singularité.

L'Art-thérapeute accompagne de manière personnalisée chaque patient pour remettre celui-ci en contact avec ce qui a du sens pour lui, pour restaurer ou maintenir son envie de continuer à vivre et à se construire en tant que sujet. Cet accompagnement centré sur les envies, les souhaits et les intérêts de chaque personne âgée s'inscrit pleinement dans le mode de fonctionnement de l'HDJRG de Limoges. Les personnes âgées accueillies au sein de cette unité vivent à leur domicile le temps de leur prise en charge et par conséquent, elles ne rompent pas avec leur mode de vie habituel.

Sur le terrain, l'Art-thérapeute intervient[11] dans l'unité deux fois par semaine, sur trois mois, auprès de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade modéré et ayant une sensibilité artistique exploitée ou ignorée. Ces personnes âgées s'angoissent très rapidement lorsqu'elles sont confrontées à des situations nouvelles ou inconnues Aussi, pour garantir leur sécurité physique, psychologique et affective, elle instaure un cadre thérapeutique rassurant et incitateur à la créativité. Elle accueille chaque patient toujours dans la même pièce. Celle-ci est calme, lumineuse, spécialement aménagée[12] et située à l'écart de la salle à vivre commune. Les horaires des séances d'Art-thérapie sont fixes pour chaque patient et sont déterminés en fonction du déroulement de la journée d'accueil type de l'unité. Chaque séance d'Art-thérapie est ritualisée en un temps d'accueil, un temps d'activité et le moment du départ. L'approche pédagogique dirigée ou semi-dirigée associée à l'humour est privilégiée par l'Art-thérapeute. Ces repères spatio-temporels et relationnels aident la personne âgée à s'approprier un espace singulier et chaleureux dans lequel elle se sent à l'aise. Pour chacun de ses patients, l'Art-thérapeute s'informe auprès de l'équipe de son histoire de vie et de son état de santé actuel tout en consultant ses bilans médicaux, neuropsychologiques et sociaux. Egalement, elle l'observe dans l'unité et, elle le rencontre à plusieurs reprises. Elle souhaite ainsi privilégier et pérenniser, entre elle et son patient, une relation de confiance, de sujet à sujet, et non de soignant à soigné.

---

[10] L'Art-thérapeute remet à l'équipe le guide « répère métier » créé par l'AFRATAPEM, elle leur présente des études de cas et elle leur donne aussi un document rédigé par ses soins présentant de manière comparative l'Art-thérapie, l'ergothérapie et la psychothérapie à support artistique.

[11] Un groupe homogène de résidents est constitué pour chaque jour de la semaine, de manière plus ou moins permanente en fonction des admissions et des départs. L'Art-thérapie a été proposée à deux groupes de résidents sur les orientations de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité. L'Art-thérapeute intervient dans l'unité dans le cadre d'un stage de trois mois et elle apporte son matériel personnel.

[12] Le plan de travail est situé près de la fenêtre, les chaises sont déjà installées près des tables, le matériel est disposé sur le plan de travail, toujours de la même façon et au même endroit, les divers matériaux sont rangés dans des petites corbeilles distinctes et les chevalets sont inclinables. Un espace libre est laissé pour la marche si besoin, des images sont accrochées au mur pour susciter la curiosité,…

Dans cette perspective, elle adapte les modalités d'accompagnement des patients lors des séances d'Art-thérapie au plus près de leurs besoins[13] individuels. Elle élabore pour chacun d'eux une fiche d'observation[14] spécifique qu'elle remplit à chaque séance d'Art-thérapie. La durée de celle-ci peut varier selon les patients entre 20 à 45 minutes. L'Art-thérapeute, dotée d'une formation de plasticienne, opte pour la technique du collage car elle correspond aux modes de vie des patients et elle est adaptée à leurs capacités visuelles et motrices résiduelles. Elle utilise aussi une autre technique artistique que la sienne, à savoir l'écriture qui correspond au goût et à la pratique d'une patiente. Par ailleurs, selon la problématique ou l'évolution de certains patients au fil des séances, leur accompagnement Art-thérapeutique peut devenir collectif, justifié par l'apparition de nouveaux objectifs thérapeutiques. La présence d'un co-thérapeute est alors envisagé lors des séances d'Art-thérapie. Enfin, l'Art-thérapeute peut adapter le cube harmonique pour permettre à certains de ses patients, souffrant de la maladie d'Alzheimer, de pouvoir l'utiliser. L'enjeu est de leur permettre de développer leur faculté critique, leur idéal esthétique et de s'affirmer en tant que sujet. Toutefois, cet outil auto-évaluatif ne peut être utilisé par certains patients dont les capacités cognitives sont trop altérées.

II.2.3) L'Art-thérapeute adopte et met en pratique la méthode de la Validation dans l'accompagnement éthique de ses patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

La personne âgée Alzheimer demeure un être de communication quelque soit l'intensité de sa détérioration cognitive et, elle conserve une vie affective jusqu'à son dernier souffle. La méthode de la Validation développée dans les années 1960 aux Etats-Unis par Naomi FEIL est une méthode thérapeutique de communication avec les personnes âgées désorientées. Valider une personne âgée désorientée, c'est partir à sa rencontre par une écoute authentique, c'est la rejoindre là où elle vit ses émotions et c'est reconnaître la valeur de ce qu'elle dit ou fait même si l'on n'en comprend pas la signification. Selon Naomi FEIL, *« les personnes âgées souffrant de démences arrivent au dernier stade de leur vie*[15]*. Les troubles du comportement, souvent observés chez ces personnes, sont des mécanismes de défense et une tentative pour résoudre des problèmes passés non résolus. Le Conseiller en Validation ne réoriente pas ces personnes âgées vers d'autres activités, il n'essaie pas non plus de modifier leur comportement. Il entre dans leur monde émotionnel pour les aider à exprimer leur peur, leur colère, leur amour ou leur peine. Les sentiments trop longtemps réprimés sont ainsi libérés, et certaines blessures du passé sont apaisées »*[16]. Cette démarche tant intellectuelle qu'émotionnelle repose sur l'adoption d'une attitude de base fondée sur l'empathie. L'Art-thérapeute a recours à l'empathie lors des séances d'Art-thérapie pour engager et développer avec chacun de ses patients une relation de confiance, respectueuse de leur vie affective, de leur identité et de leur dignité. Selon Naomi FEIL, faire preuve d'empathie envers une personne âgée désorientée implique de maîtriser ses propres émotions et de mettre en œuvre plusieurs techniques de communication verbale et non verbale.[17]

---

13 Les besoins humains sont souvent définis de manière générale (échelle de Maslow, grille de Virginia Henderson) ou sous l'angle déficitaire (grille AGGIR, PATHOS, NPI-ES, …). Nous préférons être au plus près des besoins individuels de la personne malade, et ne pas lui calquer des besoins extérieurs. Cela repose sur une observation pluridisciplinaire de la personne qui peut elle-même exprimer ses besoins.

14 Cf. annexe B p.84.

15 Naomi FEIL fonde son approche sur la théorie d'Erik ERIKSON qui traite des stades de développement de la vie et des tâches à accomplir à chacun de ces stades. Elle se réfère à la dernière tâche de vie décrite au stade de l'adulte vieillissant, et elle voit ces personnes très âgées occupées à mettre de l'ordre dans leur vie avant de la quitter.

16 Propos tenus par Naomi FEIL lors de son intervention dans le cadre du 2ème colloque international sur les *Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, Prendre-soin et milieux de vie*, Paris, 2009. Ces propos sont issus de notre prise de notes *in situ*.

17 Ces techniques de communication pragmatiques s'inspirent de la théorie systémique et des travaux de l'école de Palo Alto, de la relation d'aide selon Carl Rogers et de la programmation neurolinguistique. Leur utilisation s'effectue dans le respect des 10 valeurs fondamentales de la Validation.

TECHNIQUES DE COMMUNICATION	EXPLICITATION
1. Se concentrer et respirer avant la rencontre	Oublier ses émotions pour écouter celles des autres
2. N'utiliser que des mots apaisants et concrets, afin de créer la confiance	Eviter les « pourquoi » qui amènent les personnes âgées à comprendre leur propre comportement alors que celui-ci leur échappe
3. Reformuler en utilisant les mots clés et en imitant le ton de la voix de la personne âgée	Les personnes âgées sont rassurées en entendant une autre personne répéter leurs propres mots
4. Utiliser la polarité	En imaginant le pire, la personne âgée exprime ses sentiments et éprouve un certain soulagement vis-à-vis de ses soucis
5. Imaginer le contraire	Imaginer la situation inverse permet souvent de faire retrouver une solution au problème
6. Faire se souvenir	Revenir sur le passé peut permettre à la personne âgée de retrouver des stratégies familières oubliées qu'elle utilisera à nouveau
7. Maintenir un contact visuel sincère et proche	Les personnes âgées se sentent en sécurité affective
8. Utiliser l'Ambiguïté	Quand les personnes âgées emploient des mots sans signification pour autrui ou communiquent non verbalement, il faut utiliser des pronoms indéfinis pour ne pas leur montrer notre incompréhension et maintenir l'échange
9. Parler d'une voix claire, basse et affectueuse	Souvent une voix maternante ravive le souvenir de personnes aimées et réduit le stress
10. Observer, puis copier les mouvements et les émotions de l'intéressé (technique du miroir)	Entrer dans le monde émotionnel de la personne âgée pour instaurer une relation verbale ou non verbale
11. Associer le comportement avec les besoins humains insatisfaits	Un comportement inhabituel exprime souvent l'un des trois besoins fondamentaux: être aimés, se sentir utiles, exprimer des émotions fortes
12. Identifier et utiliser le sens préféré	Beaucoup de gens ont un sens dominant, il faut découvrir celui des 5 sens auquel la personne âgée est la plus sensible pour capter sa confiance et parler son langage
13. Toucher	Les personnes âgées privées des stimulii auditifs et visuels ont besoin de sentir la présence d'autres êtres humains
14. Utiliser la musique	Les mélodies familières apprises dans l'enfance resurgissent; quand il y a une perte totale du langage, les personnes âgées sont capables de chanter une berceuse

Tableau N° 2 : Tableau synthétisant les 14 techniques de communication décrites par Naomi FEIL dans son ouvrage *Validation Mode d'emploi*, Pradel, 2008, p.45-59.

III° L'ART-THERAPEUTE PRESENTE DEUX ETUDES DE CAS.

III.1) Mme Lilas bénéficie de séances d'Art-thérapie individuelles à dominante Arts plastiques.

III.1.1) L'Art-thérapeute découvre l'histoire de vie de Mme Lilas et détermine son état de base en amont des séances d'Art-thérapie.

a) Le portrait de Mme Lilas

Mme Lilas est une dame de taille moyenne, menue, aux cheveux grisonnants et courts. Elle porte des lunettes qui dissimulent des yeux couleur noisette. Son visage peu ridé se caractérise par des courbes fines et un teint clair. Ses mains sont délicates et frêles. Par simplicité, elle porte des vêtements pratiques et amples, et ne se pare pas de bijoux. Elle se déplace avec une canne anglaise, lentement et précautionneusement. Elle s'exprime d'une voix fluette et douce, avec politesse et hésitation, cherchant souvent ses mots. Dotée d'une compréhension orale partielle, elle sait néanmoins se faire comprendre de son interlocuteur. D'une nature réservée et anxieuse, elle n'ose pas demander de l'aide par crainte de déranger les autres personnes de son entourage et elle réagit avec hyperémotivité aux évènements survenant de manière inopinée dans sa vie.

b) L'anamnèse de Mme Lilas

b1) Son histoire de vie et sa situation actuelle

Née le 10 mars 1930, scolarisée jusqu'à l'âge de dix-sept ans, Mme Lilas est titulaire d'un Brevet. Elle a exercé la profession de secrétaire à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Mariée, elle a eu trois enfants dont un est décédé. Elle vit actuellement avec son époux au rez-de-chaussée de la maison familiale, habitée au premier étage par son fils et sa belle-fille. Son domicile, situé dans un environnement urbain, a été réaménagé de manière adaptée. Elle a besoin d'aide pour effectuer les actes de la vie quotidienne. Des infirmières et des aides ménagères viennent régulièrement à son domicile. Son mari se charge des courses et sa fille du linge. Dotée d'un sens aigu de la famille, elle est soucieuse du bien-être de ses proches dont elle apprécie la compagnie. Elle entretient une relation fusionnelle avec son époux. Mme Lilas est droitière et aimait lire le journal, activité qu'elle n'est plus en capacité de continuer. Elle n'a jamais pratiqué d'activité artistique mais elle aimait contempler la beauté de la nature, notamment les fleurs et les animaux, adoptant ainsi sans le savoir une posture d'esthète.

b2) Ses antécédents médicaux

-Rupture de la coiffe du muscle rotateur droit
-Ostéoporose
-Hypertension artérielle
-Deux prothèses totales de hanche
-Fracture des poignets droit et gauche
-Immunoglobuline monoclonale

b3) Sa situation médicale actuelle

-Maladie d'Alzheimer traitée depuis 2007 : plainte mnésique importante
-Glaucome et cataracte non opérés: acuité visuelle en baisse
-Séquelles orthopédiques : déplacement avec une canne anglaise sur de courts trajets

⟶ Les médicaments prescrits à la patiente ne génèrent pas, comme effets secondaires, de somnolence, d'irritabilité ou d'agressivité.

b4) Son dernier bilan neuropsychologique

Motif du bilan**:**

La famille constate une aggravation des troubles mnésiques depuis quelques mois, l'apparition de stéréotypies gestuelles et d'un radotage.

Tests neuro-psychologiques effectués:

-MMSE (Mini Mental State Examination)
-Subtest « contrôle mental » de l'ECM
-Tests d'empan
-Test de Gröber et Buschke
- Mini GDS
- Batterie Rapide d'Evaluation Frontale
- Fluences verbales et Trail Making A et B
-Test de dénomination d'images : DO80

Conclusion du bilan:

-altération des fonctions cognitives, frontales et symboliques (langage, praxies)
-mémoire autobiographique préservée, mémoire politique et de travail insuffisantes
-en mémoire épisodique, les résultats se situent à la limite de la normale

Le bilan est en faveur de la maladie d'Alzheimer.

c) Le suivi pluridisciplinaire de Mme Lilas au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges

c1) Objectifs globaux de l'équipe :

-évaluer, stimuler et rééduquer les capacités cognitives et motrices de la patiente
-proposer une solution de répit provisoire pour soulager l'aidant naturel principal : le mari
-élaborer en équipe pluridisciplinaire et avec la famille un projet d'accompagnement individualisé et adapté en vue de préparer le retour à domicile ou l'entrée en institution

c2) Modalités d'accueil de la patiente :

Mme Lilas bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire sur plusieurs mois au sein de l'HDJRG à raison d'un jour par semaine, le mercredi. Le reste de la semaine, elle demeure à son domicile auprès de son époux. Depuis peu, tous les vendredis, elle est accompagnée au sein d'un accueil de jour.

c3) Indication médicale d'accompagnement en Art-thérapie effectuée par le médecin gériatre de l'unité qui s'est appuyé sur les observations de l'équipe d'infirmières :

Gênée par une plainte mnésique importante, des troubles du langage et une instabilité à la marche, Mme Lilas se dévalorise beaucoup, manifeste un repli sur soi et un état très anxieux (nausées, vomissements, perte d'appétit, mutisme, tristesse,…). Au sein du groupe de patients, elle demeure silencieuse et passive, le regard perdu dans le vide. Consciente de ses troubles, elle ne communique plus avec autrui et elle ne participe pas aux activités thérapeutiques menées par l'équipe pluridisciplinaire au sein de l'unité. Ce qui rend difficile pour l'équipe l'évaluation de ses capacités, la rééducation de ses déficits et le soulagement de sa souffrance psychique. Mme Lilas présente donc des troubles de l'expression, de la relation et de la communication, ce qui constitue une indication médicale d'accompagnement en Art-thérapie.

III.1.2) L'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas repose la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique appropriée et personnalisée.

a) Pénalité
Mme Lilas est atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade de démence modérée[18].

b) Souffrance
Elle vit au quotidien sa maladie comme un handicap. Consciente de ses troubles, elle en souffre beaucoup. Cette souffrance se manifeste par une baisse de l'estime de soi, un repli sur soi, une apathie, un sentiment de tristesse de plus en plus prononcé et un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille.

c) Objectif thérapeutique global
Restaurer une bonne affirmation de soi et une bonne confiance en soi

d) Objectifs thérapeutiques spécifiques
-Réduire l'anxiété et le repli sur soi
-Maintenir et exploiter les capacités mnésiques et motrices résiduelles
-Développer et faire prendre conscience de nouvelles capacités non exploitées ou ignorées
-Stimuler et favoriser le plaisir sensoriel et esthétique dans une activité artistique personnelle et adaptée
-Susciter l'expression de ressentis, d'envies et d'avis personnels
-Développer les liens sociaux dans un environnement physique et relationnel sécurisant

e) Stratégie thérapeutique mise en œuvre dans les séances d'Art-thérapie

L'Art-thérapeute s'appuie sur l'anamnèse médicale, neuropsychologique et sociale de Mme Lilas pour localiser sur le schéma de l'opération artistique les sites d'action et déterminer l'état de base de la patiente.

[18] Le stade de démence modérée correspond au CDR-2 dans l'échelle d'évaluation de la démence Clinical Dementia Rating.

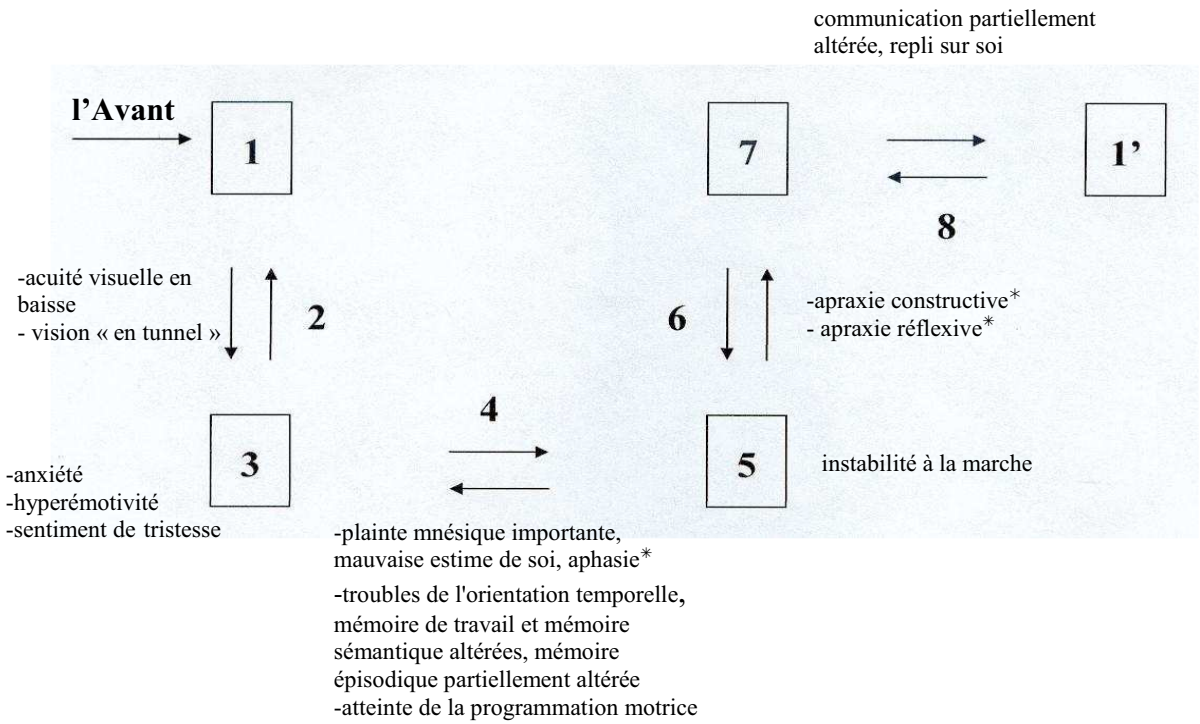


Schéma N°6 : Indication sur le schéma de l'opération artistique des sites d'action concernant l'état de base de Mme Lilas.

Mme Lilas souffre de façon conjointe de la maladie d'Alzheimer et de pathologies résultant des effets du vieillissement normal (ostéoporose, cataracte,…). Elle présente en effet des difficultés à chaque phase de l'opération artistique. Ces difficultés altérant partiellement les mécanismes de l'impression et de l'expression l'empêchent d'interagir de manière satisfaisante avec son environnement extérieur. Mme Lilas, hyperémotive, vit cette situation problématique de manière anxieuse. Démotivée et dans l'impossibilité de vivre avec ses nouveaux handicaps générés par la maladie d'Alzheimer, elle se replie sur elle-même en restant focalisée sur sa souffrance. Elle refuse de communiquer avec autrui et de s'impliquer dans de nouvelles activités, ce qui l'amènerait à découvrir ses potentialités et à améliorer son estime de soi.

En résumé, l'Art-thérapeute localise, sur le schéma de l'opération artistique, les difficultés principales de la patiente (les sites d'action) en [3], [4] et [5][19]. En fonction de l'état de base de Mme Lilas et des objectifs thérapeutiques visés, l'Art-thérapeute élabore une stratégie thérapeutique spécifique en contournant les sites d'action et en déterminant les cibles thérapeutiques. Afin d'accompagner Mme Lilas, étape après étape, jusqu'à la réalisation d'une production artistique personnelle par elle-même et en fonction de ses capacités, l'Art-thérapeute localise les cibles thérapeutiques, sur le schéma de l'opération artistique, en [6], [7] et [8][20]. La patiente peut en effet décider de montrer sa production à sa famille. Le regard positif de celle-ci sur Mme Lilas et l'implication de cette patiente dans une activité artistique personnelle, valorisante et gratifiante contribueraient à l'amélioration de son affirmation de soi et de sa confiance en soi.

[19] Cf. annexe A p.83.

[20] Cf. annexe A p. 83.

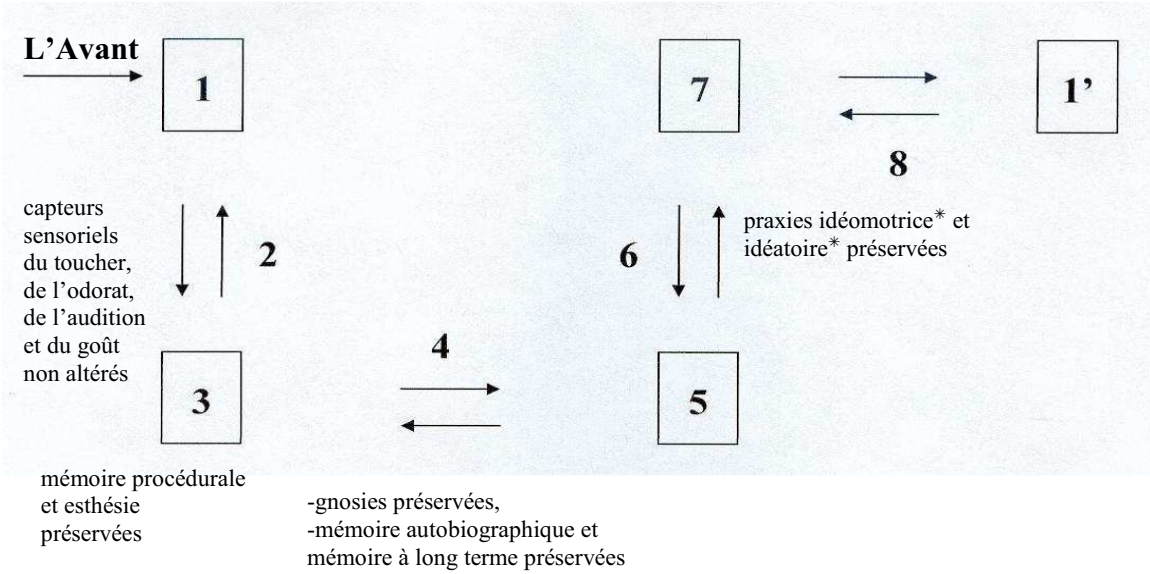


Schéma N°7 : Indication sur le schéma de l'opération artistique des cibles thérapeutiques travaillées par l'Art-thérapeute dans l'accompagnement de Mme Lilas.

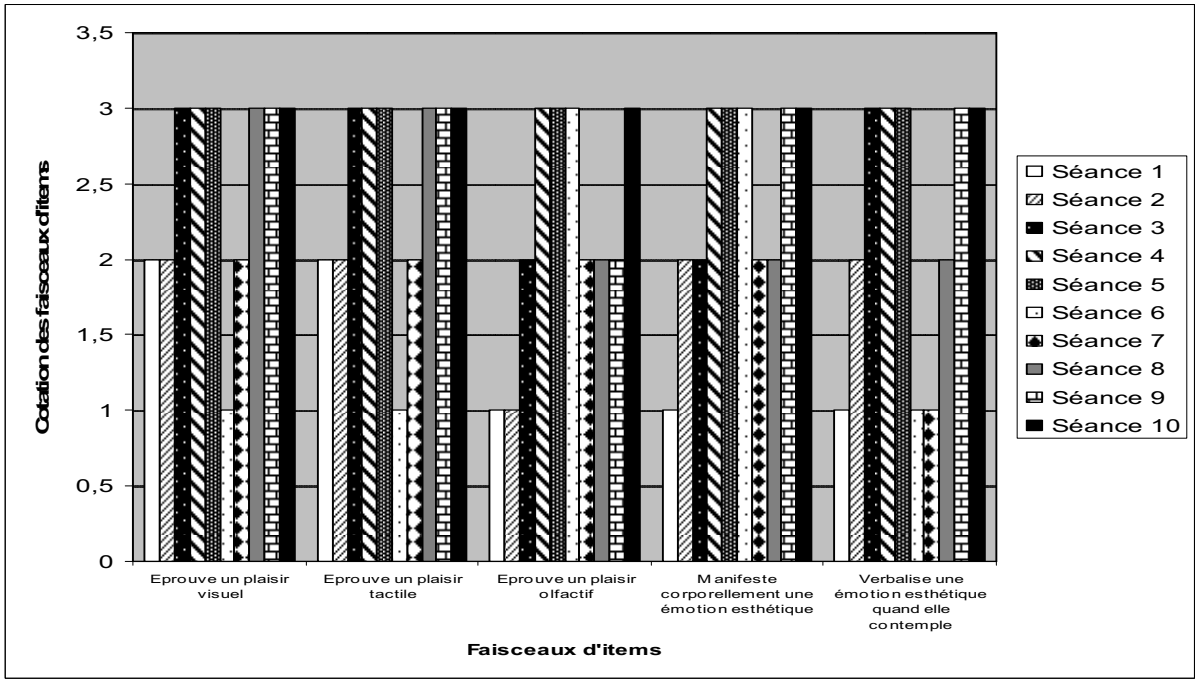
L'Art-thérapeute prend en compte l'anamnèse médico-psychologique et l'histoire de vie de Mme Lilas pour instaurer un cadre thérapeutique rassurant et pour accompagner la patiente dans la pratique d'une technique artistique selon ses potentialités et ses goûts. Mme Lilas ayant une pathologie ostéoarticulaire associée à des séquelles orthopédiques et à une hypertension artérielle, la danse est contre-indiquée. L'Art-thérapeute opte pour les Arts Plastiques, pour le collage de papiers et d'objets qui sont de petits fragments réels, palpables, issus de la vie quotidienne. Cette technique artistique présente un réel avantage pour Mme Lilas, habituée à réaliser au quotidien de nombreuses activités manuelles simples. Ses habitudes de vie [l'Avant] ainsi que ses capacités mnésiques et motrices résiduelles sont exploitées dans la réalisation et l'auto-évaluation de productions personnelles concrètes.

L'Art-thérapeute propose à Mme Lilas des objets variés et appropriés [1] pour une stimulation multi-sensorielle palliant ses troubles visuels [2]. Ces objets correspondent aussi aux goûts et aux connaissances de la patiente pour solliciter sa mémoire sensorielle [3], sa mémoire autobiographique [4] et ses gnosies [4]. Pour impliquer Mme Lilas dans l'activité artistique [6] de manière rassurante, ludique et détournée, l'Art-thérapeute met en place divers jeux [1] et adopte une méthode pédagogique semi-dirigée. Elle veille à maintenir l'implication de la patiente dans l'activité artistique jusqu'à la réalisation d'une production personnelle [7] en adaptant la technique artistique [6] en fonction de ses troubles praxiques [6], moteurs [5] et visuels [2]. L'objectif est de stimuler les capacités mnésiques résiduelles de la patiente comme par exemple la mémoire corporelle [3] et la mémoire procédurale [3], et de développer chez elle de nouvelles capacités comme l'attention [4], l'imagination [4] et la créativité [4]. Par ailleurs, la réalisation sur une courte durée de productions de petite taille est privilégiée pour pallier la mémoire de travail altérée chez la patiente. Ces productions intègrent un carnet personnalisé, petit et transportable. En favorisant le plaisir sensoriel et esthétique [3] générant des sensations gratifiantes, l'Art-thérapeute cherche à susciter la motivation [4] et l'élan corporel [5] de Mme Lilas pour réduire son apathie et son anxiété. Elle cherche à lui donner l'envie et l'intention de réaliser à nouveau une production artistique selon un idéal esthétique personnel ([4] ↔ [7]), l'amenant ainsi à effectuer des choix simples, à exprimer des ressentis et des avis personnels, à prendre confiance en ses capacités et à affirmer un goût et un style personnels. Mme Lilas souhaiterait peut-être montrer ses productions à sa famille [8]. Un programme de soin pourrait alors être proposé à la famille pour renforcer l'action thérapeutique entre les séances d'Art-thérapie. Enfin, selon l'évolution de la patiente, des séances collectives d'Art-thérapie pourraient être mises en place pour développer ses liens sociaux dans le contexte sécurisant et rassurant de l'atelier.

III.1.3) Le bilan évaluatif de l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas est communiqué à l'équipe de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges.

Le bilan évaluatif de l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas[21] s'appuie sur l'observation et l'analyse du phénomène artistique, effectués par l'Art-thérapeute, lors des séances d'Art-thérapie, par le biais de la fiche d'observation[22].
Pour les graphiques 1 à 6, une même cotation est utilisée pour les faisceaux d'items :
-1 pas observé/réalisé
-2 peu observé/ réalisé
-3 fréquemment observé/ réalisé
-4 toujours observé/ réalisé

a) L'activité artistique du collage procure à Mme Lilas un plaisir sensoriel et esthétique grandissant.



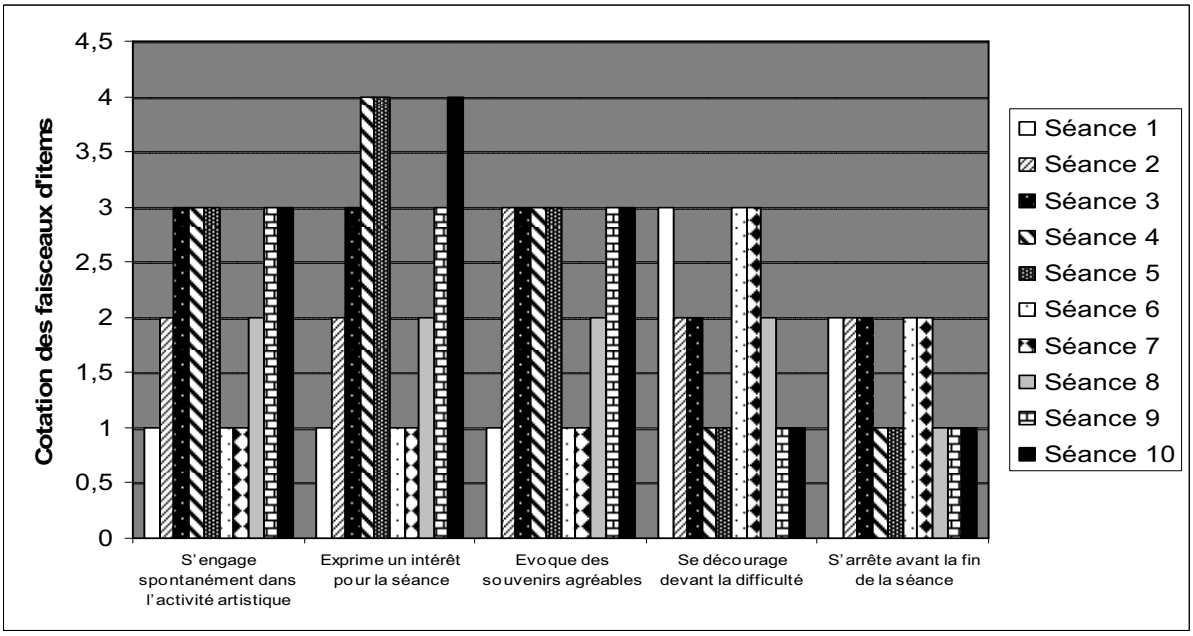
Graphique N°1 : Mesure de la stimulation multisensorielle et du plaisir esthétique de Mme Lilas.

Lors des deux premières séances, l'activité peinture a été proposée à Mme Lilas comme activité d'évaluation de ses troubles visuels et praxiques, puis le collage a été privilégié pour stimuler d'autres sens et pour exploiter ses capacités visuelles restantes. Des supports de grand format ont été privilégiés, Mme Lilas ne pouvant pas percevoir les petits détails. La patiente travaille avec ses doigts et elle s'est progressivement impliquée dans la réalisation de collages de papiers et de matériaux dotés de textures et de couleurs diverses stimulant de manière croissante son toucher, sa vue et de manière ponctuelle son audition. La stimulation du sens auditif dépend des matériaux qu'elle choisit, qui peuvent faire de petits sons quand elle les froisse ou les déchire, ou encore de l'environnement extérieur, Mme Lilas étant très réceptive au chant des oiseaux, l'atelier donnant en effet sur un jardin. Elle éprouve un plaisir sensoriel et esthétique croissant lors des séances d'Art-thérapie. Elle apprécie de toucher les bouts de tissus et de caresser les papiers qu'elle va utiliser pour ses collages, les froisse, les plie et les déplie. En début de séance, elle apprécie de contempler parfois des reproductions d'œuvres dans des livres d'Art posés sur la table et laissés à sa disposition.

[21] Cf. annexe C p 87 présentant les productions artistiques de Mme Lilas.
[22] Cf. annexe B p 84.

Cette progression s'interrompt à la séance 6, durant laquelle, très soucieuse pour son mari, elle a vomi pendant la séance et elle n'a pas pu réaliser de collages. Une fois auscultée par le médecin de l'unité, et sur la demande d'une infirmière, l'Art-thérapeute est restée à ses côtés en salle d'examen. Une activité chant a été proposée à Mme Lilas pour la détendre et la réconforter. Cette activité lui a procuré un plaisir auditif important. Au cours de cette séance 6, allongée, elle a d'abord écouté avec attention l'Art-thérapeute fredonner des chansons musette de son époque, puis, elle s'est redressée, elle a pris la main de l'Art-thérapeute et a fredonné elle-même quelques refrains. Cette séance 6 a des répercussions sur la séance 7, au cours de laquelle elle éprouve peu de plaisir sensoriel et esthétique.

Néanmoins, de manière globale, sur les dix séances d'Art-thérapie, via une activité collage de stimulation multisensorielle, Mme Lilas éprouve un plaisir sensoriel et esthétique grandissant. Et ce plaisir influe sur sa motivation et sur son engagement dans l'activité artistique. Comme le montre le graphique ci-dessous, elle s'engage spontanément dans l'activité artistique dès la séance 4, connaissant bien la technique du collage, l'atelier et l'Art-thérapeute. Elle ne n'arrête pas son activité avant la fin de la séance, elle ose demander des conseils pour poursuivre son activité artistique et manifeste de plus en plus fréquemment un intérêt pour les séances d'Art-thérapie. De plus, en prévision de cette séance 4, l'Art-thérapeute lui a demandé d'amener des papiers ou des objets la caractérisant et qu'elle est invitée à choisir avec son mari[23] dans un objectif de stimulation de sa mémoire affective.

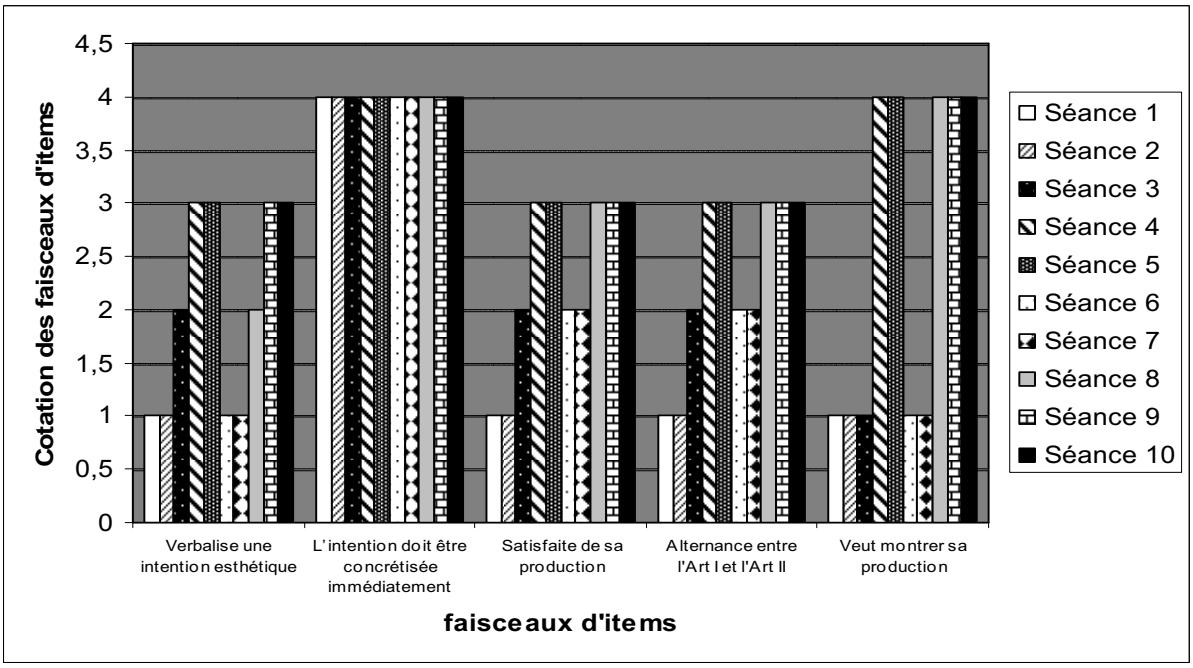


Graphique N°2 : Mesure de la motivation et de l'engagement de Mme Lilas dans l'activité artistique.

b) Progressivement, Mme Lilas affirme ses goûts et exprime des intentions esthétiques.

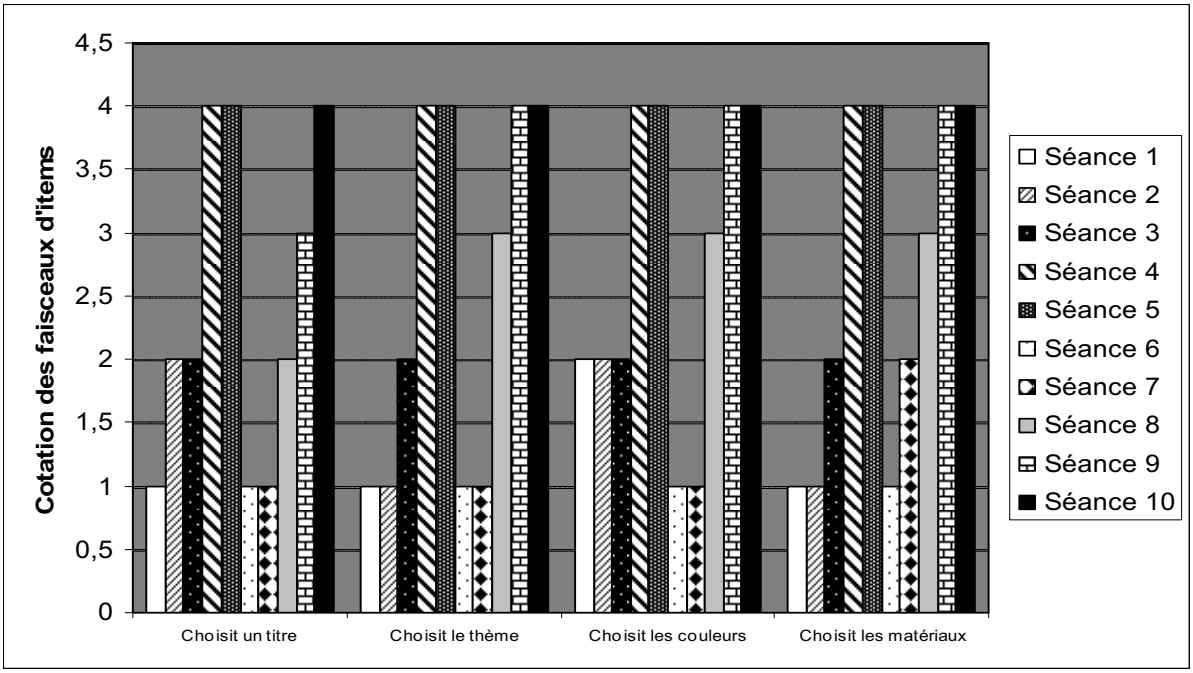
Mme Lilas, en prenant de plus en plus de plaisir dans l'activité artistique, s'y engage spontanément, avec intérêt et motivation, et elle commence à exprimer des intentions esthétiques personnelles, comme le démontre le graphique ci-après.

[23] Cf. partie 3 de ce mémoire.



Graphique N°3 : Mesure de la possibilité de Mme Lilas d'exprimer et de développer une intention esthétique.

A la séance 4, elle exprime à l'Art-thérapeute le souhait de réaliser une corbeille de cerises car c'est le printemps. Cette première intention esthétique, verbalisée par la patiente doit être concrétisée rapidement car celle-ci, ayant une mémoire de travail altérée, ne peut la retenir en mémoire très longtemps. Le collage étant une technique artistique d'exécution rapide, Mme Lilas réalise pour la première fois une production artistique en fonction d'une intention esthétique personnelle. Satisfaite de sa production, elle souhaite l'emporter pour la montrer à sa famille. Depuis cette séance 4, Mme Lilas s'engage dans une recherche esthétique personnelle avec plaisir, cela se confirme par un allongement des temps en Art II et une alternance plus marquée entre l'Art I et l'Art II. Elle dépasse le plaisir sensoriel éprouvé au contact des matériaux pour ressentir un plaisir esthétique dans la création d'une production artistique personnelle.

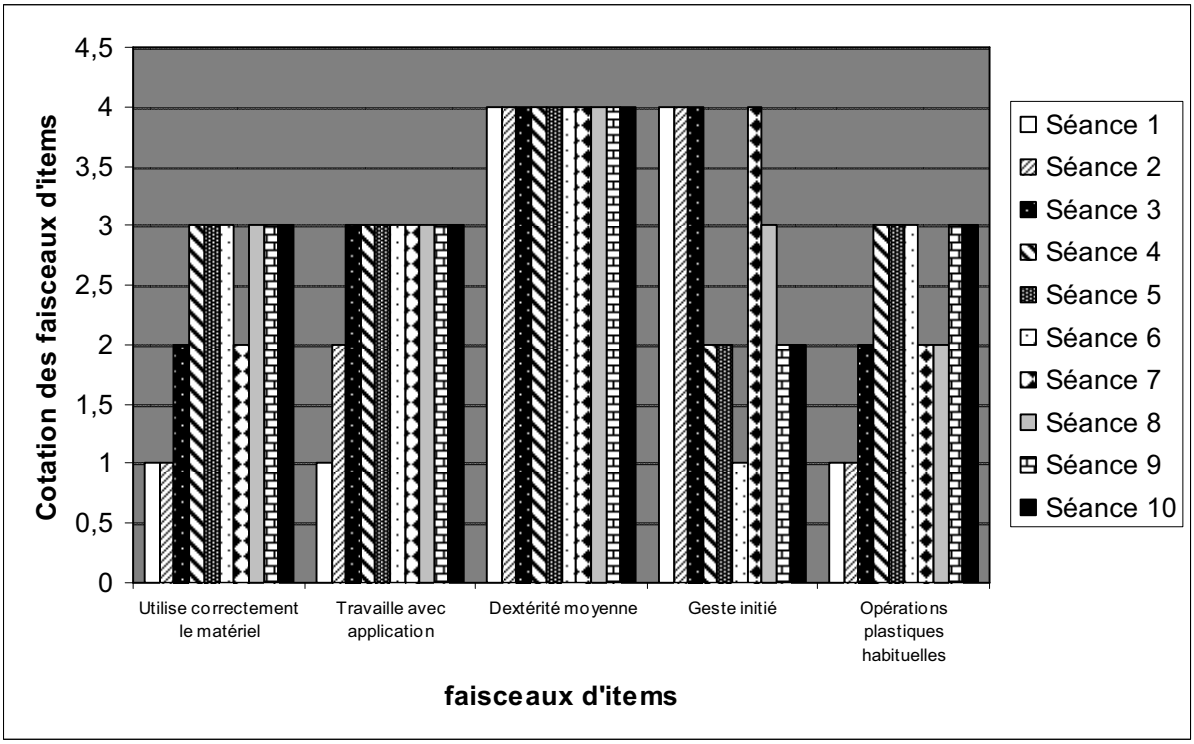


Graphique N°4 : Mesure de la capacité de Mme Lilas à déterminer des goûts personnels en fonction de son niveau d'autonomie.

Mme Lilas affine et affirme progressivement des goûts esthétiques personnels. Comme le démontre le graphique précédent, de plus en plus fréquemment, elle choisit seule le thème et les matériaux de ses productions artistiques, souvent en lien avec sa vie de famille ou son enfance. Par exemple, aimant la nature, elle privilégie les thèmes floraux. Elle aime réaliser aussi des collages de petits papiers, d'objets ou d'images évoquant la vie familiale quotidienne, comme par exemple des épingles à linge, des bouts de tissus, des images de boîtes à chocolat. Egalement, elle choisit toujours les mêmes couleurs, se déterminant ainsi une palette chromatique personnelle. Néanmoins, à l'instar des mesures de son plaisir esthétique et de son engagement dans l'activité artistique, cette progression s'interrompt aussi ponctuellement lors des séances 6 et 7. De plus, du fait de l'altération de la mémoire de travail de Mme Lilas, l'Art-thérapeute met en place une méthode spécifique d'accompagnement de la patiente dans l'activité artistique afin de lui permettre de développer ses goûts en fonction de son niveau d'autonomie. Précisément, à chaque étape de la réalisation d'un collage, par exemple, le choix du support ou des matériaux, ou encore l'élaboration de la composition, l'Art-thérapeute propose à Mme Lilas un nombre de choix limités pour réduire le nombre de paramètres à traiter, la complexité du choix et le temps de réalisation du collage. Cette méthode n'empêche pas Mme Lilas de prendre des initiatives et de surprendre l'Art-thérapeute, notamment à la séance 4. Au début de cette séance, Mme Lilas dit à l'Art-thérapeute que « *le petit oiseau qu'elle a peint est parti, qu'elle a regardé un tableau représentant un bouquet de fleurs en pensant à elle et qu'elle souhaite réaliser une corbeille de cerises car c'est le printemps et qu'au printemps, elle a l'habitude de cueillir en famille des cerises* ».

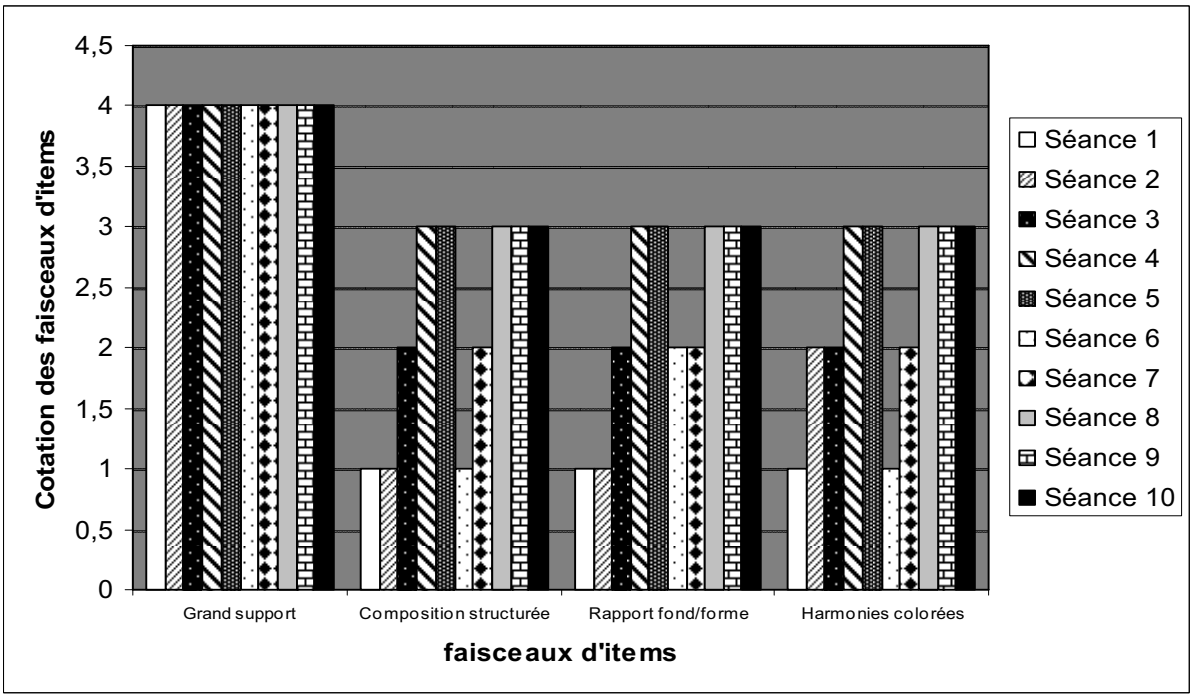
c) Mme Lilas maîtrise peu à peu la technique artistique du collage et elle développe un style personnel.

Cette méthode d'accompagnement de la patiente dans l'activité artistique lui permet de déterminer ses goûts mais aussi d'acquérir peu à peu la maîtrise d'une technique artistique simple, à savoir le collage.



Graphique N°5 : Mesure de la maîtrise technique de Mme Lilas en fonction de ses troubles praxiques.

En effet, comme le souligne le graphique précédent, Mme Lilas présente des difficultés techniques lors des deux premières séances d'Art-thérapie, durant lesquelles il lui est proposé de peindre. Elle ne parvient pas utiliser de manière correcte les pinceaux, du fait de ses troubles praxiques. Ses gestes sont hésitants et maladroits. A partir de la séance 3, au cours de laquelle, il lui est proposé de réaliser des collages avec ses doigts sur des supports pré-encollés, Mme Lilas bien qu'ayant toujours une dextérité moyenne parvient peu à peu à acquérir certains gestes simples. Elle adopte et met en œuvre des opérations plastiques personnelles et simples comme déchirer, froisser ou maroufler des bouts de papiers. L'usage du matériel n'étant plus, au cours des séances d'Art-thérapie, une contrainte, la patiente développe peu à peu un style personnel, identifiable dans l'observation objective de ses œuvres, comme le démontre le graphique ci-dessous.



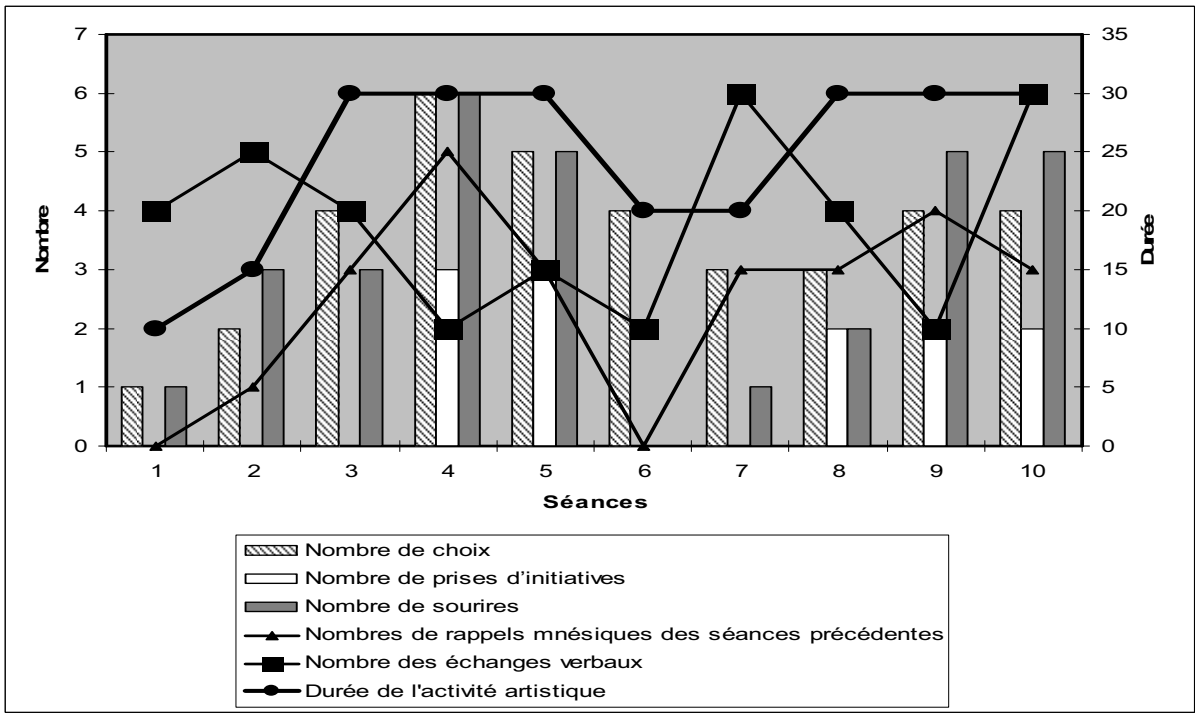
Graphique N°6 : Mesure de la qualité technique des productions de Mme Lilas au cours des séances.

En effet, l'aspect formel de ses collages, toujours réalisés sur de grands supports, évolue et se détermine au cours des séances d'Art-thérapie. Mme Lilas réalise des collages présentant des harmonies colorées, en contraste chaud-froid ou en camaïeu. Le rapport entre le fond et la forme des productions artistiques s'équilibre peu à peu. Les compositions se structurent, l'espace du support est de plus en plus rempli, le choix des matériaux s'effectue en fonction d'un thème préalablement choisi.

d) L'état émotionnel de Mme Lilas influe sur ses capacités mnésiques et sur la qualité de son engagement dans l'activité artistique.

De manière globale, sur les dix séances d'Art-thérapie, Mme Lilas éprouve un réel plaisir sensoriel et esthétique, s'engage avec intention et motivation dans l'activité artistique, ce qui lui permet de préciser ses goûts et de développer un style personnel. Elle commence à s'affirmer en tant que personne et à acquérir de nouvelles capacités artistiques. L'exploitation Art-thérapeutique de ses capacités mnésiques, visuelles et motrices résiduelles vise l'amélioration de sa confiance en soi. Toutefois, cet objectif thérapeutique est difficilement atteignable du fait de la courte durée de son accompagnement en Art-thérapie et de son état anxieux. En effet, les progrès de Mme Lilas, bien que grandissants entre les séances 1 et 5, puis entre les séances 8 et 10 demeurent très fragiles.

Comme le démontre le graphique ci-dessous, par le biais d'items d'observation objectivables, confirmant les observations précédentes, l'état émotionnel de Mme Lilas influe de manière positive ou négative sur la qualité de son engagement dans l'activité artistique. Cela contribue soit à maintenir ses progrès soit à les faire décliner.
Pour le graphique ci-dessous la cotation utilisée pour les faisceaux d'items est :
- De 0 à 30 minutes pour la durée - De 1 à 10 pour les quantités



Graphique N°7 : Mesure de l'impact de l'état émotionnel de Mme Lilas sur la qualité de son engagement dans l'activité artistique.

Toutefois, pour conclure, l'Art-thérapie a permis à Mme Lilas d'être valorisée au sein de sa famille, en montrant l'une de ses productions artistiques lors d'une fête familiale célébrant son anniversaire, d'être soutenue lors d'une crise d'angoisse (séance 6) tout en évitant la prise de médicament et de s'affirmer peu à peu au sein du groupe de patients pris en charge au sein de l'unité, notamment en commençant à participer à une activité collective de stimulation mnésique et en acceptant de faire des promenades.

III.2) Mme Céladon bénéficie de séances d'Art-thérapie individuelles à dominante écriture.

III.2.1) L'Art-thérapeute découvre l'histoire de vie de Mme Céladon et détermine son état de base en amont des séances d'Art-thérapie.

a) Le portrait de Mme Céladon

Mme Céladon est une dame de taille et de corpulence moyennes, aux cheveux poivre et sel, coupés au carré. Son visage peu ridé se caractérise par des courbes fines et des yeux couleur ébène. Coquette, elle préfère les jupes aux pantalons, harmonise les couleurs de ses vêtements ayant une préférence pour le vert, et porte des bagues ainsi qu'un médaillon, bijoux auxquels elle accorde une grande valeur sentimentale. Elle met des lunettes pour lire, se déplace avec une canne et s'exprime posément, avec politesse et dans un langage courant, voire soutenu. Sociable, elle se sent relativement à l'aise au sein d'un groupe pour nouer des liens et entretenir des conversations. Elle raconte avec émotion des moments de sa vie passée, évoquant souvent les mêmes souvenirs. D'une nature anxieuse, elle peut aussi rester passive et silencieuse.

b) L'anamnèse de Mme Céladon

b1) Son histoire de vie et sa situation actuelle

Née le 2 novembre 1930, veuve depuis 2005, Mme Céladon a exercé la profession d'agent d'entretien puis de mécanicienne dans une entreprise de confection de chaussures. L'absence d'un enfant dans sa vie l'a rendue dépressive, événement marquant qui la tourmente toujours. Elle vit actuellement au sein d'un foyer-logement, conservant ainsi une certaine autonomie. Son appartement, situé dans un environnement urbain, a été réaménagé de manière adaptée. Concernant les actes de la vie quotidienne, elle est autonome, ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la prise de ses médicaments. Ses neveux venaient lui rendre visite une fois par mois à son appartement et depuis peu, ils ont réduit la fréquence de leurs visites. Mme Céladon aime faire la sieste après le déjeuner, contempler la beauté de la nature et parler d'une perruche qu'elle avait comme animal de compagnie lorsqu'elle vivait à son ancien domicile. Droitière, dotée d'une sensibilité artistique, elle faisait partie d'un atelier d'écriture, anciennement proposé au sein de son foyer-logement. L'impossibilité de poursuivre cette activité l'attriste.

b2) Ses antécédents médicaux

-Epilepsie
-Hypertension artérielle
-Pleurésie
-Sciatique
-Mastoïdite
-Appendicectomie
-Syndrome dépressif
-Deux grossesses extra-utérines
-Chute
-Tassements vertébraux
-Anémie
-Volvulus gastrique sur hernie hiatale

b3) Sa situation médicale actuelle

-Maladie d'Alzheimer
-Surdité oreille droite

⟶ Les médicaments prescrits à la patiente ne génèrent pas, comme effets secondaires, de somnolence, d'irritabilité ou d'agressivité.

b4) Son dernier bilan neuropsychologique

Motif du bilan:

Le bilan est effectué dans un objectif de réévaluation des fonctions cognitives de la patiente, suite à une hospitalisation au SSR[24] de l'hôpital Chastaingt du CHU de Limoges. La patiente dit ne pas se souvenir de ce qu'on lui dit, et sur le plan thymique, la patiente paraît d'humeur dépressive.

Tests neuro-psychologiques effectués:

-MMSE (Mini Mental State Examination)
-Subtest « contrôle mental » de l'ECM
-Tests d'empan
-Test de Gröber et Buschke
- Mini GDS
- Batterie Rapide d'Evaluation Frontale
- Fluences verbales et Trail Making A et B
-Test de dénomination d'images : DO80

Conclusion du bilan:

-déficit cognitif d'allure cortico-sous-corticale
-défaut de la mémoire des faits récents, de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique
-pas d'atteinte des fonctions instrumentales et de l'orientation temporo-spatiale
-présence d'un syndrome dépressif

Ces éléments sont compatibles avec une démence de type Alzheimer.

[24] SSR=Soins de Suite et de Réadaptation

c) Le suivi pluridisciplinaire de Mme Céladon au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges

c1) Objectifs globaux de l'équipe :

-évaluer, stimuler et rééduquer les capacités cognitives de la patiente
-élaborer en équipe pluridisciplinaire un projet d'accompagnement individualisé et adapté en vue de maintenir son autonomie et de soulager sa souffrance psychique

c2) Modalités d'accueil de la patiente :

Mme Céladon bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire sur plusieurs mois au sein de l'HDJRG à raison d'un jour par semaine, le vendredi. Le reste de la semaine, elle vit seule dans son appartement situé au sein d'un foyer-logement.

c3) Indication médicale d'accompagnement en Art-thérapie effectuée par le médecin gériatre de l'unité qui s'est appuyé sur les observations des infirmières :

Présentant une amnésie antéro-rétrograde, Mme Céladon ne peut pas mémoriser de nouvelles informations, ce qui la pénalise lors des activités de stimulation cognitive proposées au sein de l'unité par l'équipe pluridisciplinaire. Aussi, elle se décourage, se démotive, et elle se dévalorise, ce qui accentue sa thymie dépressive. De plus, lorsqu'elle échange avec les autres patients de l'unité, elle leur raconte souvent les mêmes souvenirs, dont la plupart sont douloureux, ce qui perturbe ou agace certains patients. Le nombre de ses échanges verbaux se complexifie d'autant plus qu'elle n'entend plus de l'oreille droite. Mme Céladon présente donc des troubles de l'expression, de la relation et de la communication, ce qui constitue une indication médicale d'accompagnement en Art-thérapie.

III.2.2) L'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon repose sur la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique appropriée et personnalisée.

a) Pénalité

Mme Céladon est atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade de démence modérée[25].

b) Souffrance

Mme Céladon présente une amnésie antéro-rétrograde. En d'autres termes, elle présente des difficultés pour mémoriser les évènements nouveaux et elle oublie progressivement des tranches de sa vie de plus en plus anciennes. Ainsi ancrée dans le passé, elle souffre au quotidien d'une ancienne blessure de vie : elle n'a jamais pu être mère du fait de deux grossesses extra-utérines. Elle souffre donc d'un syndrome dépressif et également de solitude, car elle vit seule dans un appartement, avec peu de relations sociales et familiales. Elle perd progressivement le goût de vivre.

c) Objectif thérapeutique global

Raviver la saveur existentielle

d) Objectifs thérapeutiques spécifiques

-Réduire l'angoisse et le repli sur soi
-Maintenir et exploiter les capacités mnésiques résiduelles
-Favoriser le plaisir sensoriel et esthétique dans une activité artistique anciennement pratiquée et toujours très appréciée
-Susciter l'expression de ressentis, d'envies et d'avis personnels dans le vécu agréable de l'instant
-Stimuler et développer l'imagination pour s'évader et rêver
-Maintenir et développer les liens sociaux dans un environnement sécurisant

[25] Le stade de démence modérée correspond au CDR-2 dans l'échelle d'évaluation de la démence Clinical Dementia Rating.

e) Stratégie thérapeutique mise en œuvre dans les séances d'Art-thérapie

L'Art-thérapeute s'appuie sur l'anamnèse médicale, neuropsychologique et sociale de Mme Céladon pour localiser sur le schéma de l'opération artistique les sites d'action et déterminer l'état de base de la patiente.

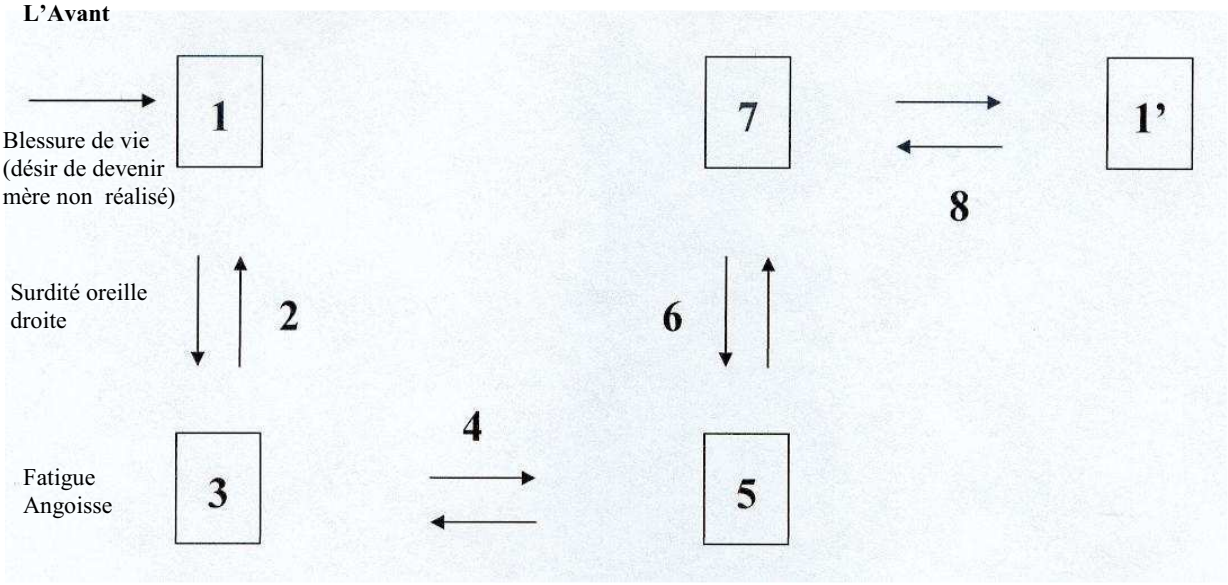


Schéma N°8 : Indication sur le schéma de l'opération artistique des sites d'action concernant l'état de base de Mme Céladon.

Mme Céladon présentant de manière conjointe un syndrome dépressif et une amnésie antéro-rétrograde se focalise sur sa souffrance et n'est pas en capacité de mémoriser de nouveaux évènements pouvant la distraire de sa souffrance, susciter sa curiosité, et lui redonner le goût de vivre par le biais de nouveaux centres d'intérêts.

En résumé, concernant Mme Céladon, l'Art-thérapeute localise, sur le schéma de l'opération artistique, les sites d'action au niveau des mécanismes de l'impression* et plus précisément, en [3] et en [4][26], avec pour conséquence d'annihiler tout élan corporel en [5]. En fonction de l'état de base de Mme Céladon et des objectifs thérapeutiques visés, l'Art-thérapeute élabore une stratégie thérapeutique spécifique en contournant les sites d'action et en déterminant les cibles thérapeutiques. Afin d'accompagner Mme Céladon, étape après étape, jusqu'à la réalisation d'une production artistique personnelle par elle-même et en fonction de ses capacités, l'Art-thérapeute localise les cibles thérapeutiques, sur le schéma de l'opération artistique, en [2], [6] et [8][27].

---

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9.

[26] Cf. annexe A p.83.

[27] Cf. annexe A p.83.

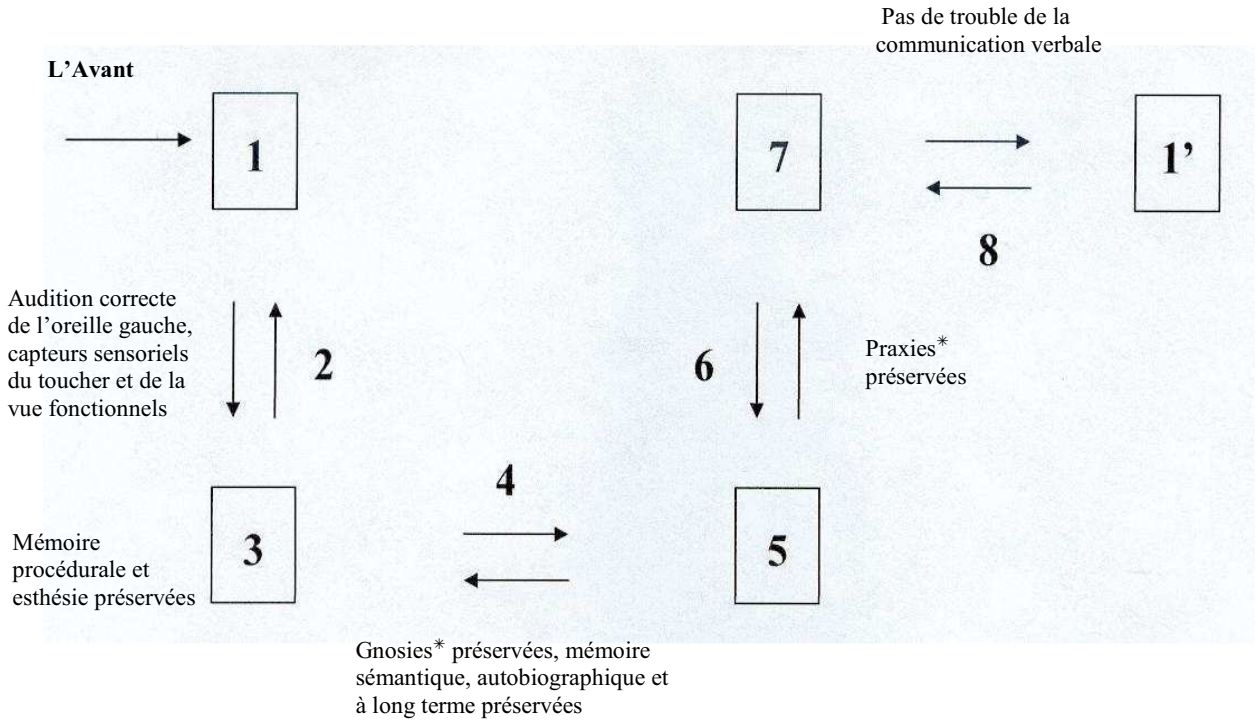


Schéma N°9 : Indication sur le schéma de l'opération artistique des cibles thérapeutiques travaillées par l'Art-thérapeute dans l'accompagnement de Mme Céladon.

L'Art-thérapeute prend en compte l'anamnèse médico-psychologique et l'histoire de vie de Mme Céladon pour instaurer un cadre thérapeutique rassurant et pour accompagner la patiente dans la pratique d'une technique artistique selon ses potentialités et ses goûts. Mme Céladon souffrant d'épilepsie, d'hypertension artérielle et de séquelles articulaires, la danse est contre-indiquée. L'Art-thérapeute, sachant que la patiente a déjà participé avec plaisir à un atelier d'écriture et que cette pratique l'a beaucoup valorisée, opte pour cette technique artistique dans un double objectif. Il s'agit de permettre à Mme Céladon de ressentir de nouvelles gratifications sensorielles en [3] à travers une activité artistique [6] déjà connue et appréciée par la patiente, exploitant ainsi l'esthésie et la mémoire procédurale [3] et stimulant la mémoire sensorielle et affective [3]. Par ce plaisir sensoriel et esthétique [3] il s'agit de susciter l'élan corporel [5] de Mme Céladon, en palliant sa thymie dépressive [4], pour l'impliquer dans l'activité [6] jusqu'à la réalisation d'une production artistique personnelle [7]. Celle-ci, en étant exposée au traitement mondain [8], contribue à développer les relations et les liens sociaux de la patiente, l'amène à s'ouvrir aux autres [2 → 8], à oublier ses angoisses [3] et à bénéficier d'un regard positif des autres sur ses productions artistiques, ce qui en retour lui procure une saveur existentielle.

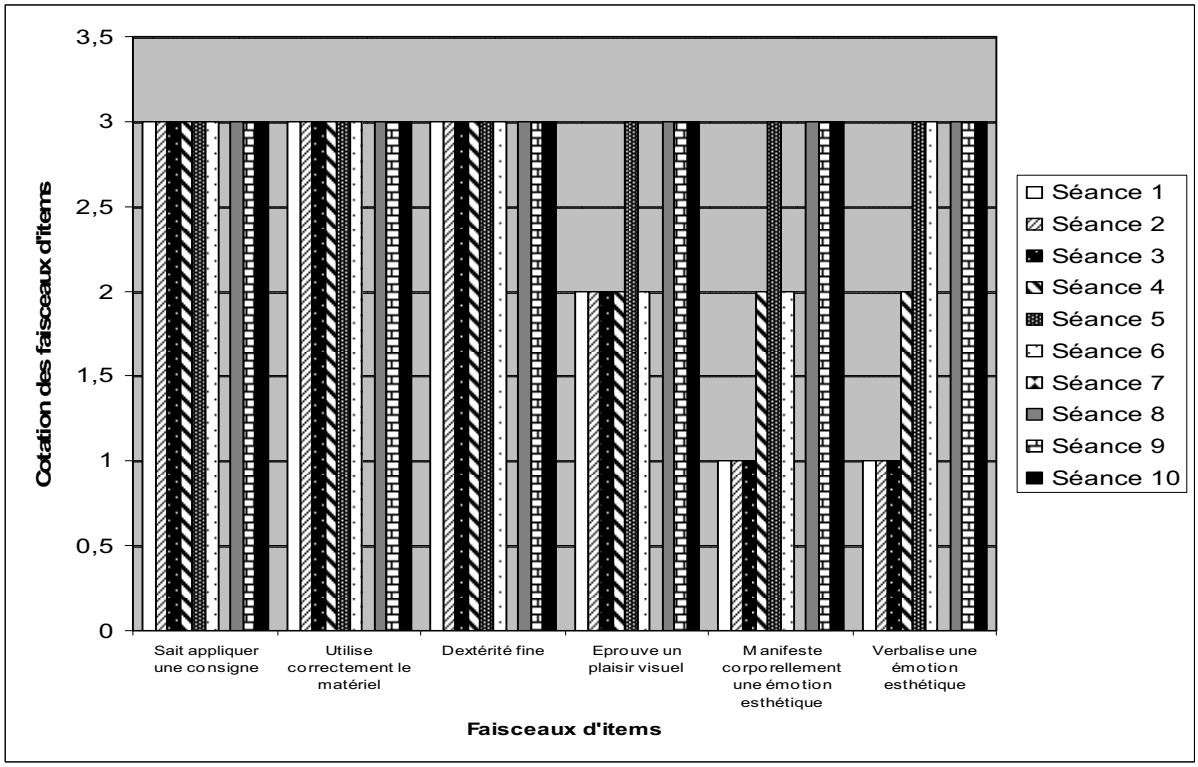
L'écriture présente un avantage par rapport à la musique, pour Mme Céladon. Elle permet l'obtention d'œuvres visibles et observables en dehors de l'activité artistique elle-même, ce qui permet à la patiente de pouvoir contempler ses productions artistiques, d'éprouver des émotions esthétiques [3] la changeant de ses « idées noires » [4]. D'autre part, comme l'écriture a déjà été pratiquée par Mme Céladon, elle ne nécessite pas de nouveaux apprentissages, rendus difficiles du fait de l'altération de sa mémoire des faits récents [4]. Par ailleurs, l'écriture repose sur des apprentissages très anciens, remontant à l'enfance, qui sont donc automatisés et qui relèvent ainsi de la mémoire procédurale [3]. Enfin, en vue de susciter également l'élan corporel [5] de Mme Céladon pour l'impliquer dans une activité artistique [6] ou contemplative [5]' générant des gratifications sensorielles [3], l'Art-thérapeute propose à la patiente des images variées [1] correspondant à ses goûts et à ses connaissances [4]. Par cette démarche, l'Art-thérapeute exploite les capacités résiduelles de la patiente, à savoir sa

mémoire affective, sensorielle et procédurale [3]; sa mémoire autobiographique, ses gnosies et sa mémoire sémantique [4]. Egalement, elle cherche à développer chez sa patiente de nouvelles capacités comme l'attention [4], l'imagination [4] et la créativité [4]. Elle cherche à réduire son anxiété et à lui donner l'envie et l'intention de réaliser à nouveau une production artistique selon un idéal esthétique personnel ([4] ↔ [7]), l'amenant ainsi à effectuer des choix simples, à exprimer des ressentis et des avis personnels, à affirmer un goût et un style personnels, à ressentir la saveur existentielle à travers l'activité artistique ou la contemplation. Toutefois, même si dans l'activité contemplative, le corps physique est impliqué et repose sur l'intensité de l'intérêt porté par l'esthète à l'œuvre contemplée, cette activité contemplative doit être proposée à Mme Céladon de manière ponctuelle et sur une courte durée sinon il n'y aura plus l'envie d'agir. Aussi, pour maintenir Mme Céladon dans l'activité artistique [6] de manière rassurante, ludique et détournée, l'Art-thérapeute met en place divers jeux [1] et adopte une méthode pédagogique semi-dirigée.

III.2.3) Le bilan évaluatif de l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon est communiqué à l'équipe de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges.

Le bilan évaluatif de l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon[28] s'appuie sur l'observation et l'analyse du phénomène artistique, effectués par l'Art-thérapeute, lors des séances d'Art-thérapie, par le biais de la fiche d'observation.
Pour les graphiques 8 à 11, une même cotation est utilisée pour les faisceaux d'items :
-1 pas observé/réalisé
-2 peu observé/ réalisé
-3 fréquemment observé/ réalisé
-4 toujours observé/ réalisé

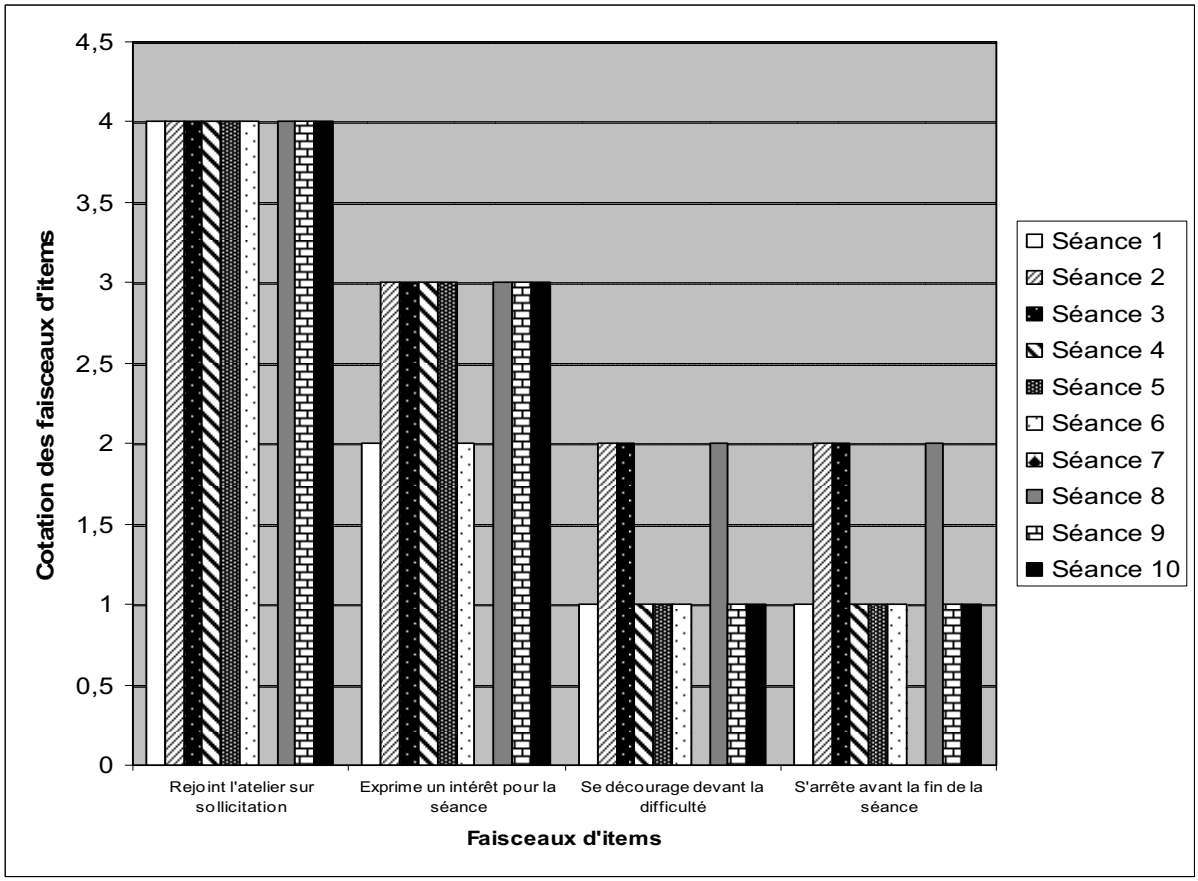
a) Mme Céladon ressent à travers l'activité d'écriture un plaisir esthétique, favorisé par sa maîtrise technique et son autonomie dans le travail.



Graphique N°8 : Mesure du plaisir esthétique de Mme Céladon en fonction de sa maîtrise technique et de son autonomie.

[28] Cf. annexe D p.88 présentant les productions artistiques de Mme Céladon.

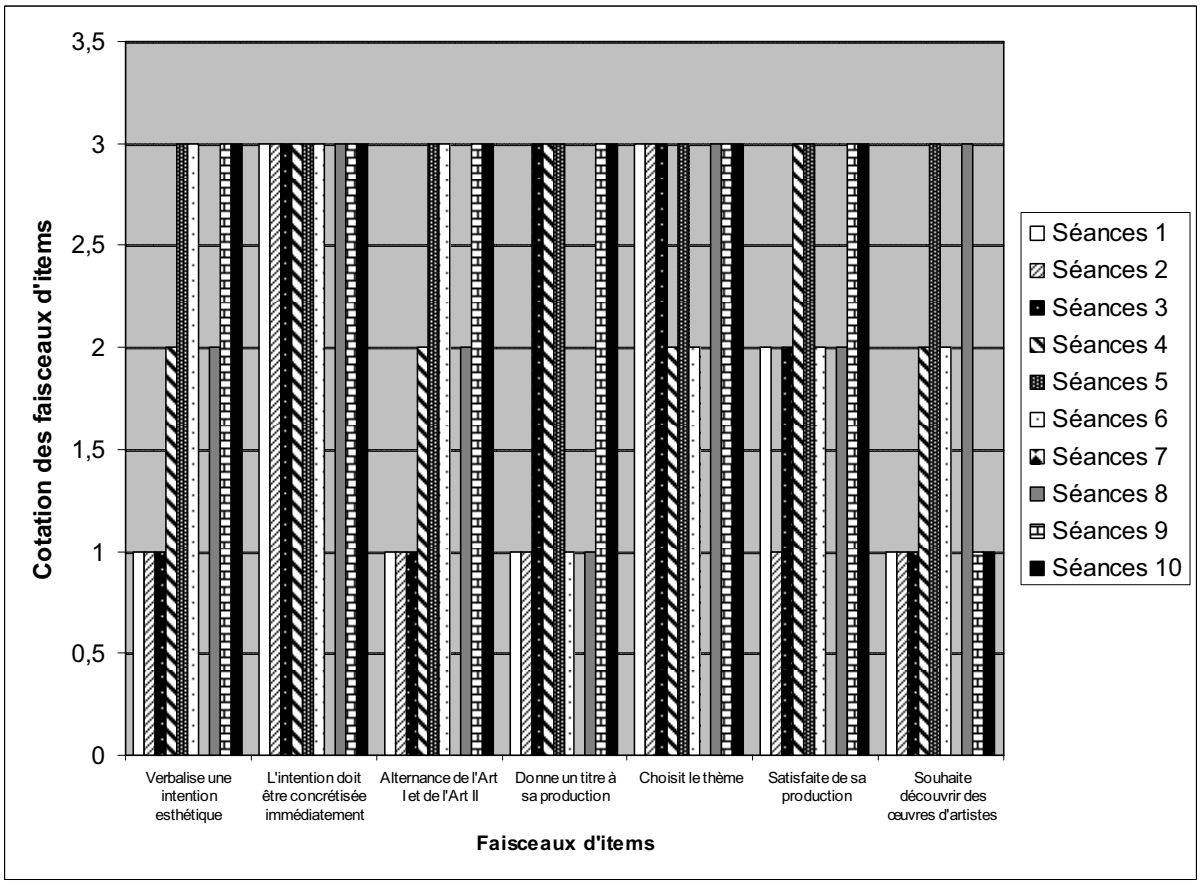
Comme Mme Céladon ne présente pas de troubles praxiques, qu'elle est dotée d'une dextérité fine et qu'elle a déjà pratiqué une activité d'écriture, elle sait utiliser correctement le matériel et n'est pas gênée par des contraintes techniques dans l'activité artistique. Bien que la patiente soit relativement autonome dans son travail, l'Art-thérapeute lui propose dès la séance 4 des jeux d'écriture et lui donne des consignes de travail simples pour l'amener et l'accompagner progressivement dans une activité d'écriture à visée esthétique et non purement narrative. Aussi, comme le montre le graphique ci-dessous, Mme Céladon commence dès la séance 5, à éprouver un plaisir visuel et esthétique lors des séances d'Art-thérapie. Elle fait des commentaires sur ses productions artistiques ou sur des œuvres d'artistes calligraphes, représentées dans des catalogues laissés à sa disposition, qu'elle contemple notamment lors des séances 5 et 8. Son regard devient rayonnant, intéressé, elle commence à faire preuve d'humour et de curiosité. Elle éprouve un plaisir esthétique relativement continu sur l'ensemble de son accompagnement en Art-thérapie depuis la séance 4 jusqu'à la séance 10, hormis la séance 7 durant laquelle elle est absente pour passer un examen médical. Ce plaisir influe sur sa motivation et sur son engagement dans l'activité artistique mais de manière ponctuelle, dans l'instant présent vécu lors d'une séance d'Art-thérapie. En effet, Mme Céladon, présentant des troubles de la mémoire des faits récents, ne se rappelle pas des séances d'Art-thérapie précédentes ni même de l'Art-thérapeute. Chaque séance est donc une nouvelle rencontre entre l'Art-thérapeute et la patiente qui rejoint l'atelier sur sollicitation. L'écriture étant une activité artistique anciennement pratiquée et toujours appréciée par Mme Céladon, ainsi inscrite dans sa mémoire procédurale et affective, la patiente n'a pas besoin d'être stimulée pour s'engager avec plaisir et motivation dans l'activité artistique. Comme le montre le graphique ci-dessous, Mme Céladon exprime un intérêt permanent pour les séances d'Art-thérapie, se décourage peu devant la difficulté et ne s'arrête pas avant la fin des séances. La durée de l'activité artistique de Mme Céladon croisse progressivement dès la séance 3.



Graphique N°9 : Mesure de la motivation et de l'engagement de Mme Céladon dans l'activité artistique.

b) Mme Céladon commence à exprimer et à développer des intentions esthétiques dans l'instant vécu.

Comme Mme Céladon s'engage avec plaisir, intérêt et motivation dans l'activité d'écriture, et dès la séance 4, sur proposition de jeux d'écriture et de consignes de travail simples de la part de l'Art-thérapeute, elle commence à exprimer et à développer des intentions esthétiques au cours de chaque séance. Comme le montre le graphique ci-dessous, régulièrement, elle choisit le thème de son récit et elle donne un titre à sa production.



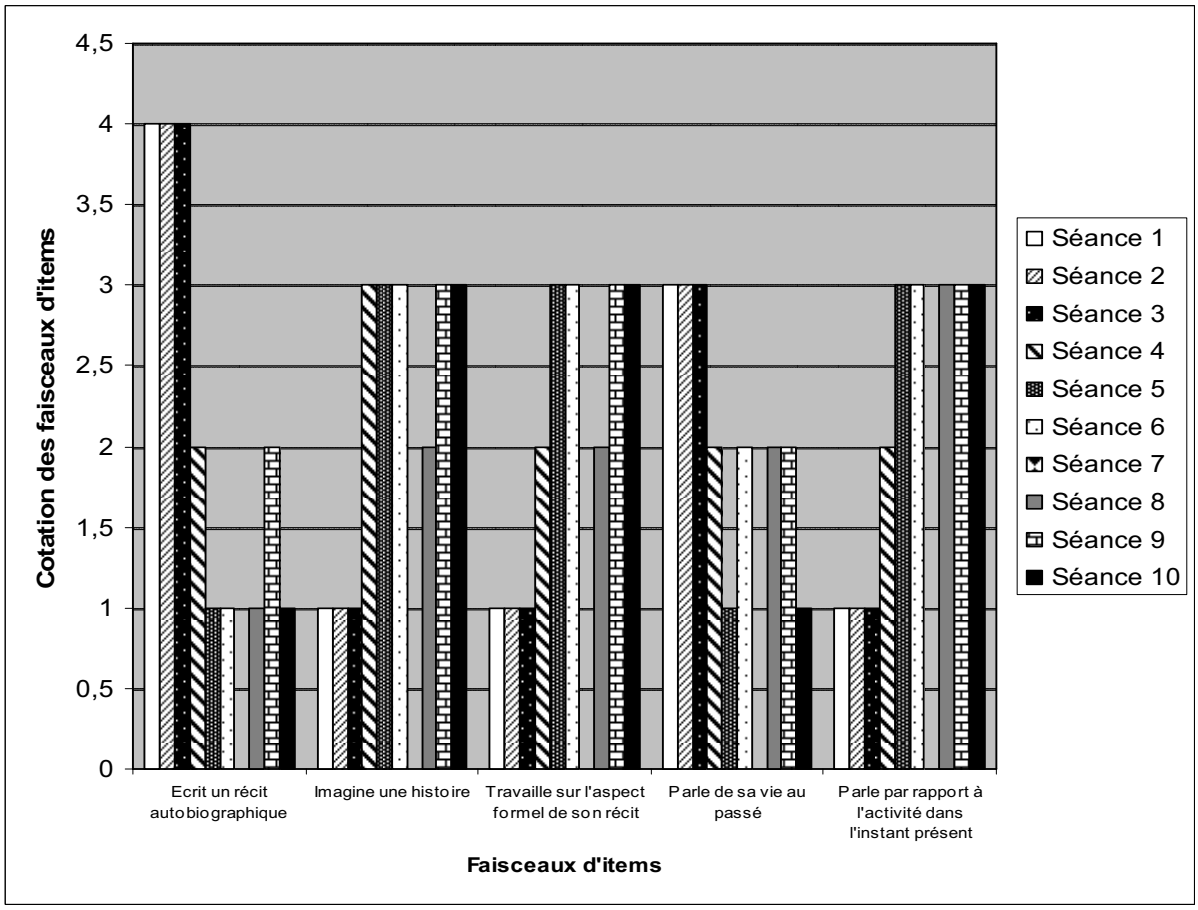
Graphique N°10 : Mesure de la possibilité de Mme Céladon d'exprimer et de développer une intention esthétique.

Présentant quelques troubles de la mémoire de travail, ses intentions esthétiques doivent toujours être concrétisées rapidement, et au cours de la séance d'Art-thérapie car elle ne s'en rappellerait pas lors de la séance suivante. Elle manifeste le souhait de découvrir des œuvres d'artistes lors des séances 5 et 8. Au cours de cette dernière, elle est initiée à la calligraphie. De manière globale, depuis la séance 4, Mme Céladon commence à être satisfaite de ses écrits et s'implique davantage dans une recherche esthétique. Les temps en Art I et en Art II s'alternent de manière plus significative. La contemplation d'œuvres d'artistes calligraphes ou d'images d'oiseaux lui procure un plaisir visuel et contribue à lui donner l'envie d'écrire un récit en fonction d'une intention esthétique personnelle.

c) Mme Céladon commence à écrire et à « illustrer » des récits imaginaires.

Cette progression s'explique par le fait que de la séance 1 à la séance 3, Mme Céladon ressent le besoin de parler de sa vie passée et d'écrire des récits autobiographiques de manière narrative ou descriptive. Sur proposition de jeux d'écriture et de consignes simples de travail de la part de l'Art-thérapeute, elle commence à s'impliquer dans une activité d'écriture à visée esthétique. Dès la séance 4, comme le montre le graphique ci-après, elle commence à écrire des histoires imaginaires auxquelles elle cherche à donner un aspect formel singulier. Elle

choisit la couleur de ses supports ou de ses écrits, elle met en valeur un mot du texte en l'écrivant d'une autre couleur ou de manière calligraphiée, ou encore elle écrit son texte autour d'une image décalquée à partir d'un modèle tiré d'un ouvrage animalier. Ainsi, dès la séance 4, bien que ses écrits présentent parfois quelques références autobiographiques, Mme Céladon parle moins souvent de sa vie passée lors des séances d'Art-thérapie et plus souvent, elle fait des commentaires en rapport avec l'activité artistique qu'elle pratique et qu'elle vit dans l'instant présent. De manière conjointe, elle détermine et affirme ses goûts, notamment elle apprécie la couleur verte, la pêche et les oiseaux, avec une préférence toute particulière pour les perruches car elle possédait une perruche comme animal de compagnie.



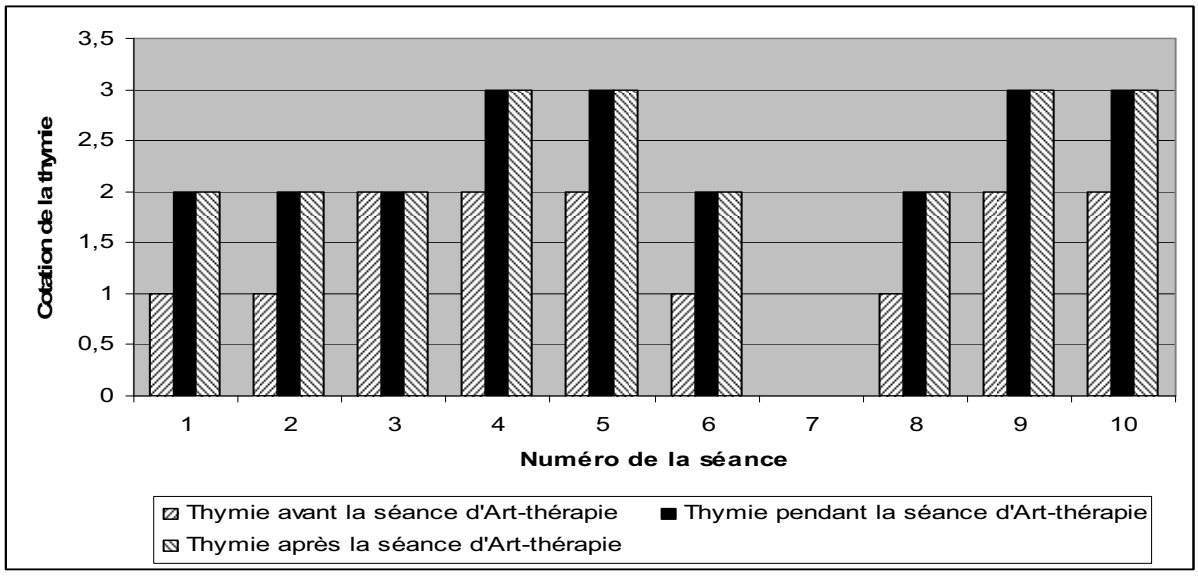
Graphique N°11 : Mesure de la proportionnalité entre le fond et la forme des productions artistiques de Mme Céladon.

d) L'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon ne permet pas de pérenniser ses progrès mais contribue à l'amélioration de sa qualité de vie dans l'instant vécu de l'activité artistique.

Pour le graphique ci-après la cotation pour l'évaluation de la thymie de Mme Céladon est :

-1 mauvaise humeur
-2 humeur égale
-3 bonne humeur
-4 enthousiaste

D'une thymie habituellement dépressive, Mme Céladon oublie l'espace d'un instant ses anciens souvenirs douloureux pour s'ouvrir vers l'extérieur, vers l'écriture de récits imaginaires ou vers la contemplation d'œuvres d'artistes calligraphes et d'images d'oiseaux. Sur l'ensemble des dix séances d'Art-thérapie, Mme Céladon s'engage dans une activité d'écriture à visée esthétique, non plus uniquement narrative. Elle éprouve un réel plaisir esthétique dans la pratique de l'écriture qui lui permet de ressentir la saveur existentielle dans l'instant vécu de l'activité artistique, comme le montre le graphique ci-après.



Graphique N°12 : Mesure de la thymie de Mme Céladon avant, pendant et après les séances d'Art-thérapie.

Ces progrès repérables dans l'aspect formel de ses écrits et dans l'amélioration de son humeur pendant et après les séances, ne peuvent pas être pérennisés, sa mémoire des faits récents étant altérée et son accompagnement en Art-thérapie étant de courte durée.

En résumé, Mme Lilas et Mme Céladon ont bénéficié d'un accompagnement en Art-thérapie individuel, ce qui leur a permis de développer une relation de confiance avec l'Art-thérapeute et de progresser à leur rythme dans le cadre intimiste de l'atelier. Faute de temps, l'Art-thérapeute n'a pas pu poursuivre leur accompagnement et notamment, mettre en place, pour ces deux patientes, en fonction de leur évolution au cours de l'accompagnement, des séances collectives d'Art-thérapie pour développer leurs liens sociaux tout en restant dans le cadre rassurant de l'atelier. Par ailleurs, elle n'a pas pu leur proposer le cube harmonique car elles présentent toutes les deux, à des degrés variables mais manifestes, des troubles de la mémoire de travail. Toutefois, l'Art-thérapeute s'est impliquée dans le choix et l'adaptation de la technique artistique selon les troubles mnésiques de ses patientes. L'écriture a été proposée à Mme Céladon car sa mémoire sémantique est préservée. Elle ne présente pas de troubles praxiques, sa dextérité fine est préservée et elle a déjà eu une pratique de l'écriture, appréciée et valorisante, dont elle se souvient avec plaisir, sa mémoire à long terme étant fonctionnelle. Les Arts plastiques ont été proposés à Mme Lilas, et plus précisément le collage car cette technique artistique ne nécessite pas d'avoir une dextérité fine. Mme Lilas présente en effet des troubles praxiques, une mémoire sémantique altérée et une mémoire des faits récents préservée. L'Art-thérapeute a mis en pratique la théorie de l'Art opératoire de manière différente pour chacune de ces deux patientes. L'articulation entre le Beau et le Bon a été privilégiée dans l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon dans un objectif d'amélioration de sa qualité de vie. L'articulation entre le Beau et le Bien a été privilégiée dans l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas dans un double objectif d'amélioration de son affirmation de soi et de sa confiance en soi. Enfin, durant cette expérience d'atelier d'Art-thérapie, menée en cohésion avec l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges, l'Art-thérapeute a constaté que l'état émotionnel des patientes avait des retentissements sur leurs capacités mnésiques et sur la qualité de leur engagement dans l'activité artistique. Les patients étant accueillis de manière intermittente et ponctuelle au sein de cette unité et vivant toujours à leur domicile avec leurs familles, l'Art-thérapeute s'est posée la question de l'implication des familles des patients dans un programme de soin instauré entre les séances d'Art-thérapie, en émettant l'hypothèse que le soutien familial serait un facteur motivationnel pour les patients suivis en Art-thérapie. Cette question mérite d'être discutée car elle constitue une véritable question éthique.

PARTIE 3 :
L'IMPLICATION DES FAMILLES DANS LE PROGRAMME DE SOIN ENVISAGE ENTRE LES SEANCES D'ART-THERAPIE PROPOSEES A DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER CONSTITUE POUR L'ART-THERAPEUTE UNE QUESTION ETHIQUE.

I° LA QUESTION DE LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SOIN EN ART-THERAPIE POUR DES PERSONNES AGEES ALZHEIMER S'EST POSEE LORS DE NOTRE EXPERIENCE D'ATELIER D'ART-THERAPIE AU SEIN DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION GERIATRIQUE DE LIMOGES.

I.1) La pathologie des patients et les modalités de leur prise en charge à la jonction du domicile et de l'institution motivent la mise en place d'un programme de soin en Art-thérapie impliquant les familles.

Dans un double objectif de ralentissement de l'évolution de la maladie d'Alzheimer et d'optimisation de l'atelier d'Art-thérapie que nous avons mis en place au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique du CHU de Limoges, nous nous sommes posés la question de la faisabilité et de l'intérêt d'un programme de soin complémentaire aux séances d'Art-thérapie et impliquant les familles des patients. Nous avons pris en compte à la fois la pathologie des patients accompagnés en Art-thérapie et la spécificité du fonctionnement de l'HDJRG[1] de Limoges. En effet, la prise en charge de chaque patient au sein de cette unité s'effectue à l'issue d'un contrat préalable passé entre celui-ci, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire. Les patients vivent toujours à leur domicile, aidés par leur famille. Ils rentrent tous les soirs chez eux car ils sont accueillis dans l'unité uniquement en journée, sur une courte période et de manière intermittente à raison d'un jour par semaine. Aussi, les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer sont accompagnées en Art-thérapie une fois par semaine. Au fil du temps, du fait de l'espacement des séances d'Art-thérapie et de l'atteinte mnésique des patients, caractéristique de la maladie d'Alzheimer, nous constatons que les bénéfices de l'action Art-thérapeutique sur ces derniers ne s'inscrivent pas de manière durable et optimale sur l'ensemble de la semaine située entre deux séances d'Art-thérapie. S'appuyant sur ses observations et analyses sur le terrain, Fabrice CHARDON, Art-thérapeute diplômé de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours, Docteur en psychologie de l'Université de Savoie, constate que les bénéfices de l'action Art-thérapeutique, à dominante musique, sur les personnes âgées atteintes de démences durent entre douze à quarante-huit heures après la séance d'Art-thérapie. Via sa pratique d'Art-thérapie[2] présentant un intérêt manifeste pour les personnes âgées démentes souffrant d'une inversion nycthémérale, il démontre la nécessité de pérenniser les bénéfices de l'Art-thérapie en vue d'améliorer la qualité de vie de ce public. Ainsi, étant donné que la fréquence des séances d'Art-thérapie ne peut pas être augmentée et que les familles sont déjà impliquées par l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJRG de Limoges dans les projets de soins individualisés de leurs parents malades, nous avons envisagé la mise en place d'un programme de soin entre les séances d'Art-thérapie pour renforcer l'action thérapeutique.

I.2). La faisabilité et l'intérêt d'un programme de soin en Art-thérapie impliquant les familles des patients sont discutés à travers l'analyse comparative de nos deux études de cas.

L'élaboration de programmes de soin en Art-thérapie a été effectuée lors de notre atelier d'Art-thérapie au sein de l'HDJRG de Limoges, de manière personnalisée, selon la pathologie des patients, leur situation familiale passée et actuelle, la technique artistique et les objectifs Art-thérapeutiques. Afin de discuter de la faisabilité et de l'intérêt d'un programme de soin entre les séances d'Art-thérapie, basé sur la collaboration des familles des patients, nous comparons de manière analytique, sous l'angle de cette question, les deux études de cas présentées de manière individuelle dans la partie deux de notre mémoire.

---

[1] HDJRG= Hôpital De Jour et de Réadaptation Gériatrique.

[2] Nous faisons référence à son intervention, dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de Tours de 2010, au cours de laquelle il présente aux étudiants sa pratique d'Art-thérapie en gériatrie par le biais d'études de cas. Nous nous appuyons sur notre prise de notes *in situ*.

	MME LILAS	MME CELADON
HISTOIRE FAMILIALE	Mariée et mère de trois enfants dont l'un est décédé	Mariée, veuve et sans enfant
SITUATION FAMILIALE ACTUELLE	-Vit avec son époux dans la maison familiale, partagée avec son fils et sa belle-fille -Son mari dont la santé se dégrade essaie de l'aider au quotidien, avec son fils, sa belle-fille, les infirmières et les aide-ménagères -Mme Lilas entretient une relation fusionnelle avec son mari	-Vit seule dans un appartement situé dans un foyer-logement -Ses neveux l'aidaient au quotidien, ils viennent de moins en moins souvent -Mme Céladon entretient depuis peu une relation conflictuelle avec ses neveux
TROUBLES MNESIQUES	Mémoire de travail altérée	Mémoire des faits récents altérée
TECHNIQUE ARTISTIQUE PRIVILEGIEE DANS LES SEANCES INDIVIDUELLES D'ART-THERAPIE	Collage d'objets et de papiers	Ecriture de récits autobiographiques ou imaginaires
INTERET POUR LE PATIENT D'UN PROGRAMME DE SOIN IMPLIQUANT LA FAMILLE	-Changer de statut au sein de sa famille, passant de personne malade et dépendante de ses proches à celui d'esthète de la nature et « d'artiste-plasticienne » réalisant des collages à partir d'éléments issus de sa vie quotidienne -Sous l'accord et le regard bienveillant de sa famille, se doter et profiter d'un espace intime d'expression personnelle au sein de la cellule familiale	Changer de statut, à ses propres yeux, passant de femme n'ayant jamais pu s'accomplir en tant que mère à celui d'écrivaine et de maillon de l'histoire familiale jouant un rôle de transmission intergénérationnelle
ROLE DE LA FAMILLE DANS LE PROGRAMME DE SOIN	-incitatrice motivationnelle et garant du maintien de l'implication de leur proche malade dans l'activité artistique entre les séances d'Art-thérapie -soutien et confidente -premier public, bienveillant et contemplateur, des productions artistiques réalisées par leur proche malade	
OUTILS DE LIAISON	-échanges téléphoniques -fiches de rendez-vous -carnet de liaison entre la famille du patient et l'Art-thérapeute sur lequel d'une semaine à l'autre sont notés les ressentis, les demandes, les informations et surtout les observations concernant l'évolution de l'état de la patiente, les évènements marquants et les changements dans sa vie quotidienne	
NATURE DU PROGRAMME DE SOIN PROPOSE AUX FAMILLES	Choisir avec Mme Lilas des papiers ou objets la caractérisant (fleurs, bouts de journaux,…) qui constitueront les matériaux à partir desquels elle travaillera lors de la prochaine séance individuelle d'Art-thérapie, afin de favoriser la motivation et le maintien mnésique des informations entre les séances d'Art-thérapie	Proposer à Mme Céladon une photo, une image ou un mot comme point de départ de l'écriture d'un récit personnel ou imaginaire pour inciter et maintenir sa pratique d'écriture entre les séances d'Art-thérapie

FAISABILITE DU PROGRAMME DE SOIN	En cohésion avec l'équipe de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges et de la famille, un programme de soin a été mis en place lors de notre accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas	Un programme de soin n'a pas pu être mis en place lors de notre accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges
BILAN DU PROGRAMME DE SOIN	-A l'occasion d'une fête familiale célébrant son anniversaire, Mme Lilas a montré à sa famille sa première production artistique dont la réception familiale a été positive et valorisante pour Mme Lilas, renforçant ainsi l'action Art-thérapeutique -L'état de santé du mari de Mme Lilas se dégradant, le programme de soin n'a pas pu être suivi de manière continue -Le maintien du programme de soin dépendra d'une éventuelle entrée en institution de Mme Lilas, si son mari n'est plus en capacité de pouvoir l'aider au domicile. En effet, cette décision impliquera un réajustement de la prise en charge pluridisciplinaire de Mme Lilas au sein de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges, qui sera davantage ciblée sur un travail de séparation patient/famille	Le programme de soin n'a pas pu être mis en place dans l'accompagnement en Art-thérapie de Mme Céladon du fait de ses récents rapports conflictuels avec ses neveux

Tableau N°3 : Tableau comparatif entre les programmes de soin en Art-thérapie de Mme Lilas et Mme Céladon.

Pour Mme Lilas, un programme de soin a pu être mis en place dans le cadre de son accompagnement en Art-thérapie, sa famille étant présente et motivée. Toutefois, en vue de préserver celle-ci, notamment parce que la santé de l'époux de Mme Lilas étant fragile, ce programme de soin risque de ne pas être pérenne. Pour Mme Céladon, du fait de conflits familiaux, aucun programme de soin n'a pu être mis en place, de manière complémentaire, dans le cadre de son accompagnement en Art-thérapie alors que ce dernier vise l'amélioration de sa qualité de vie. Néanmoins, bien que sa mise en œuvre sur le terrain soit complexe, le programme de soin en Art-thérapie peut contribuer au renforcement de l'action thérapeutique.

I.3) Le programme de soin peut être un moyen de renforcement de l'action Art-thérapeutique s'il s'inscrit dans la stratégie thérapeutique.

Bien que le programme de soin en Art-thérapie ne soit pas thérapeutique en lui-même, il peut renforcer l'action Art-thérapeutique s'il est opérant et cohérent avec la stratégie thérapeutique. Il peut constituer un outil de travail complémentaire pour l'Art-thérapeute qui doit le mettre en œuvre selon une méthodologie spécifique que nous avons élaborée dans le cadre de notre expérience d'atelier d'Art-thérapie à l'HDJRG de Limoges et que nous présentons ici sous la forme d'un schéma.

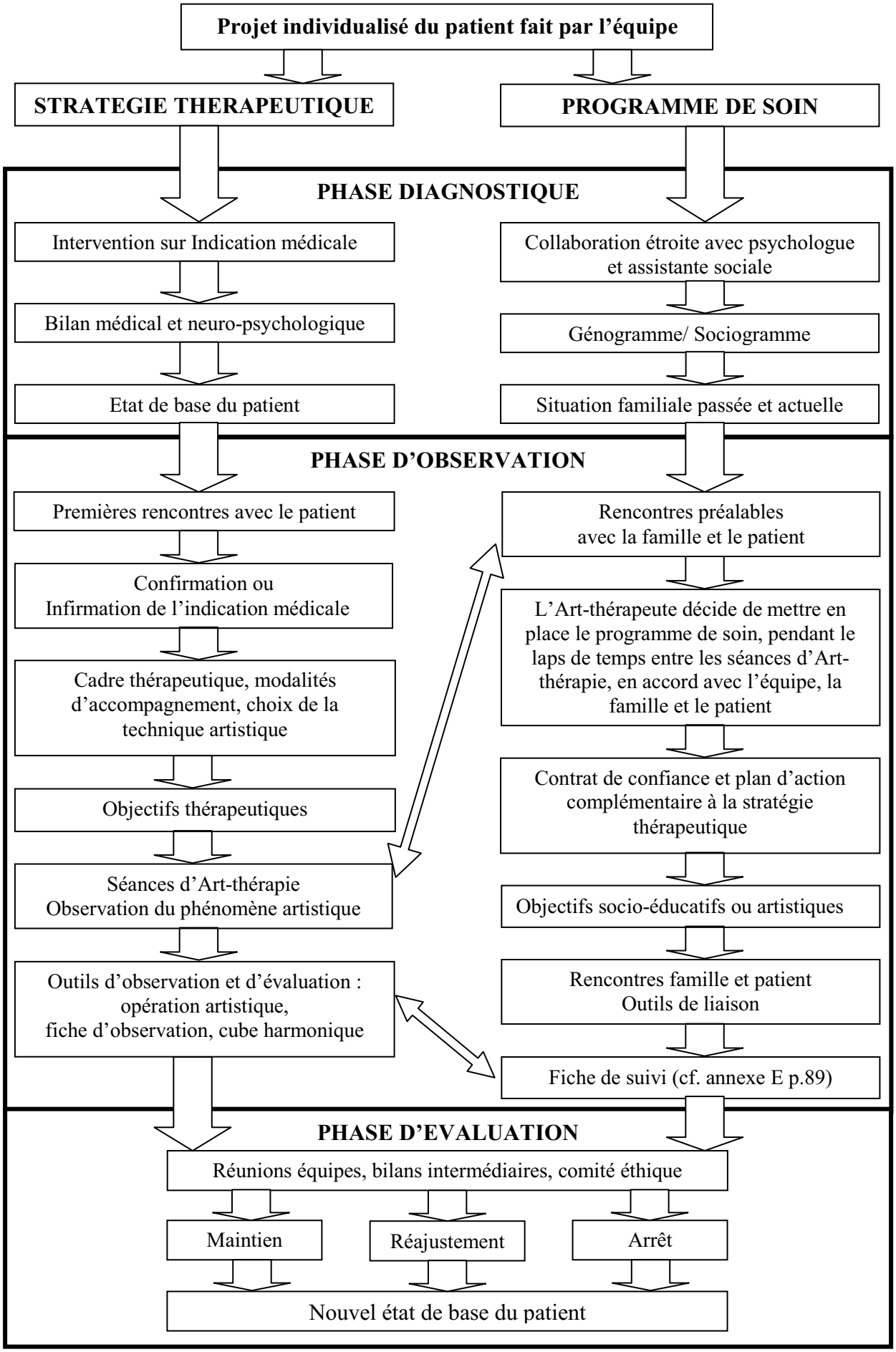


Schéma N°10 : Schéma expliquant l'articulation entre la stratégie thérapeutique et le programme de soin en Art-thérapie.

L'accompagnement en Art-thérapie de Mme Lilas nous a servi d'expérience de terrain pour observer la nature des apports complémentaires du programme de soin dans la mesure où il s'inscrit dans la stratégie thérapeutique, élaborée selon l'état de base de la patiente et les objectifs thérapeutiques[3]. Mme Lilas se rappelle des séances d'Art-thérapie antérieures et la qualité de son engagement dans l'activité artistique dépend de sa motivation. L'intérêt du programme de soin, non thérapeutique, impliquant sa famille est que celle-ci est un soutien affectif et un incitateur motivationnel pour la patiente, entre les séances d'Art-thérapie, dans un cadre familier et rassurant. Cette démarche s'articule avec la stratégie thérapeutique mise en œuvre par l'Art-thérapeute dans un double objectif d'amélioration de son affirmation de soi et de sa confiance en soi.

D'après nos observations sur le terrain, la mise en place effective et méthodique du programme de soin en Art-thérapie dépend des troubles mnésiques, des potentialités, des goûts et du cadre familial des patients. Il doit faire l'objet de réajustements constants en fonction du contexte et de l'évolution des patients durant les séances d'Art-thérapie. Toutefois, un programme de soin impliquant les familles entre ces séances peut s'avérer pertinent dans l'accompagnement en Art-thérapie des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, cette pathologie, évolutive et incurable, implique une sorte de lutte contre le temps pour en ralentir l'évolution tant sur le plan mnésique que sur le plan cognitif et comportemental. Afin de maintenir le plus longtemps possible les capacités des personnes âgées Alzheimer et d'en développer de nouvelles, l'Art-thérapeute exploite l'esthésie et la mémoire affective de ces personnes âgées en les accompagnant dans la pratique d'une activité artistique personnelle, adaptée et valorisante. Cette dernière leur permet de ressentir la saveur existentielle dans l'instant présent. Elle peut favoriser l'émergence ou la résurgence de souvenirs agréables engrangés dans leur mémoire affective comme un mariage, la naissance d'un enfant, ….Et dans cette perspective de travail, pendant le laps de temps situé entre les séances d'Art-thérapie, les familles peuvent susciter la curiosité, favoriser la motivation et maintenir l'intérêt artistique de leur proche souffrant de la maladie d'Alzheimer dans un cadre affectif et chaleureux. Mais, au regard des contraintes observées sur le terrain, lors de notre expérience d'atelier d'Art-thérapie à l'HDJRG de Limoges, et sachant que les personnes âgées Alzheimer sont très rapidement affectées par les tensions extérieures (dispute, bruit,…), le rôle attribuable aux familles dans le cadre du programme de soin en Art-thérapie mérite d'être discuté.

II° LA CONFRONTATION DE NOTRE EXPERIENCE D'ATELIER D'ART-THERAPIE A D'AUTRES DISCIPLINES ET PRATIQUES D'ART-THERAPIE PERMET DE DISCUTER DU ROLE ATTRIBUABLE AUX FAMILLES DANS L'ACCOMPAGNEMENT ART-THERAPEUTIQUE DE LEURS PROCHES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.

II.1) L'analyse comparative de l'Art-thérapie et de la systémie familiale démontre que les familles peuvent être elles-mêmes des patients ou des partenaires de soin.

II.1.1) L'Art-thérapeute et le thérapeute familial mettent en œuvre une méthodologie et une approche thérapeutique différentes.

La systémie familiale est un courant de pensée et de recherche en psychologie qui naît dans les années cinquante aux Etats-Unis, et se développe ensuite en Europe, en Amérique latine et en Australie. Plusieurs chercheurs et thérapeutes, issus de diverses disciplines, constatent sur le terrain que le comportement de patients, suivis dans des services psychiatriques, se modifie de manière positive ou négative lors des visites de leurs familles.

[3] Nous invitons les lecteurs désireux de comprendre le principe, l'intérêt et la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques en Art-thérapie de se reporter à la partie 2 de ce mémoire, notamment la présentation des deux études de cas.

Réunis en écoles, comme celle de Palo Alto*, et influencés par la cybernétique et la théorie des systèmes, ils conceptualisent leurs observations cliniques. Comme le rappelle Gérard SALEM[4], le concept fondamental de la thérapie familiale systémique est celui de système vivant. Celui-ci implique un principe de totalité (non décomposable en parties), de non-sommativité (le tout n'est pas égal à la somme des parties), de circularité (réciprocité et non linéarité des relations entre les parties) et d'équifinalité (plurifactorialité des changements internes du système). La famille est donc perçue comme un système vivant, limité et organisé hiérarchiquement, à la fois comme parties d'un système plus vaste (la société) et comme sous-systèmes (fratrie, génération,…), qui contrôle les informations extérieures qui l'influencent et qui maintient son équilibre intérieur[5]. Le thérapeute familial et l'Art-thérapeute partagent l'objectif commun d'améliorer la qualité de vie de leurs patients. Toutefois, le thérapeute familial va centrer son intervention sur la réalité communicationnelle de la famille, en repérant les modes de communication pathogènes et en rétablissant une communication claire entre les partenaires familiaux alors que l'Art-thérapeute va exploiter, en fonction d'objectifs thérapeutiques individualisés, le potentiel artistique d'une personne, autrement dit tout le champ des ressentis, du non-verbal. Ainsi, ils adoptent et mettent en œuvre une approche thérapeutique et une méthodologie différentes.

	ART-THERAPIE	SYSTEMIE FAMILIALE
REFERENCES THEORIQUES	-Théorie de l'Art opératoire (Beau, Bien, Bon) -Modèles théoriques de R. FORESTIER -Ecole d'Art-thérapie Tours *(France, années 80)*	-Théorie des systèmes -Cybernétique[6] -Ecole Palo Alto* *(Etats-Unis, années 50)*
CONCEPTS	-Esthétique/ Art -Goût/ Style/ Engagement -Saveur/ Savoir -Expression/ Relation/ Communication	-Systèmes -Totalité/Non-sommativité/ Circularité/Equifinalité -Communication verbale/ non verbale*
PROCESSEUR THERAPEUTIQUE	Activité artistique	Verbalisation
LOCALISATION DE L'INTERVENTION THERAPEUTIQUE SUR LE SCHEMA DE L'OPERATION ARTISTIQUE	-Intervention transversale sur l'ensemble de l'opération artistique -Intervention spécifique en fonction des cibles thérapeutiques et des sites d'action	-Localisée dans le 4 (traitement sophistiqué de l'information)
METHODOLOGIE	-Intervention sur indication médicale -Anamnèse pour déterminer l'état de base du patient -Projet thérapeutique personnalisé	-Anamnèse personnelle et histoire familiale -Carte de la situation actuelle : récolte d'informations par questionnaires ou entretiens

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

4 Gérard SALEM est médecin-psychiatre et psychothérapeute, privat-docent à la Faculté de médecine et de biologie de Lausanne, en Suisse.

5 G. SALEM et N. FRENCK, *L'approche thérapeutique de la famille*, éd. Masson, 2009, p.36-42.

6 Cybernétique: terme introduit en 1947 par le mathématicien Norbert WIENER qui désigne la science des systèmes autorégulés. Elle fait une analogie entre les systèmes humains et le fonctionnement des machines construites par l'homme.

METHODOLOGIE	-Stratégie thérapeutique en fonction de l'état de base du patient et des objectifs thérapeutiques visés -Atelier d'Art-thérapie collectif et/ou Séances d'Art-thérapie individuelles -Evaluations des séances (fiche d'observation + cube harmonique) -Programme de soin potentiel entre les séances d'Art-thérapie -Bilans intermédiaires de l'accompagnement -Bilan de fin de prise en charge	-Observation des interactions intrafamiliales (alliances, coalitions, rôles, styles de communication,…) et du contexte socioculturel (contacts avec l'environnement social et degré d'ouverture,…) -Prévisions quant à la participation des autres membres et planification des séances -Evaluation intergénérationnelle -Bilan des effets utiles actuels
OUTILS DE TRAVAIL ET MODALITES EVALUATIVES	-Opération artistique -Fiche d'observation et évaluation -Cube Harmonique et évaluation de cette auto-évaluation	-Génogramme* /Sociogramme* (évaluation diagnostique) -Contrat thérapeutique -Techniques relationnelles -Entretiens et évaluation thérapeutique
REGARD PORTE SUR LE PATIENT	Le patient est pris dans sa singularité, il est acteur du soin	Le patient et sa famille font l'objet d'un suivi psychothérapeutique commun
ROLE ET PLACE DONNES A LA FAMILLE	-La famille peut être ou non un partenaire de *soin* dans le cadre du programme de soin entre les séances d'Art-thérapie -Décision éthique selon la problématique familiale et les objectifs thérapeutiques visés pour le patient	La famille est elle-même un patient

Tableau N° 4 : Tableau synthétique de comparaison entre l'Art-thérapie et la systémie familiale

II.1.2) La confrontation de l'Art-thérapie et de la systémie familiale soulève la question de la pertinence de l'implication des familles dans le programme de soin en Art-thérapie.

Sur le terrain, le thérapeute familial étudie les conduites interactives au sein de la famille et il accompagne lors de ses séances à la fois le patient et sa famille. L'Art-thérapeute accompagne lors de ses séances uniquement le patient et il envisage, comme moyen de renforcement de l'action Art-thérapeutique, la mise en œuvre d'un programme de soin impliquant sa famille entre les séances d'Art-thérapie. Les familles sont des patients pour le thérapeute familial alors qu'elles sont des partenaires de *soin* potentiels pour l'Art-thérapeute.

* Cf. glossaire des termes spécifiques à la médecine et à la psychologie p.11.

Cette approche comparative entre la systémie familiale et l'Art-thérapie soulève la question non seulement de la prise en charge, commune ou personnalisée, des patients et de leurs familles, mais aussi de la pertinence de l'implication des familles dans le programme de soin en Art-thérapie, dans la mesure où selon l'approche systémique, les relations qu'entretiennent les patients avec leurs familles sont complexes, difficiles et parfois mêmes conflictuelles. En effet, selon Gérard SALEM, « *pour maintenir son équilibre, la famille, fondée sur une histoire unificatrice, utilise des rituels (règles familiales) et partage un ensemble de croyances qui colore les relations et l'image que chacun a du groupe familial* »[7]. La famille en tant que système vise de manière paradoxale la cohésion et la différenciation des individus. Le changement est à la fois souhaité et redouté par les différents membres d'une même famille. La thérapie familiale systémique a donc pour but de la rassurer sur son unité tout en amorçant le processus de changement.

Seulement, ce changement ne s'effectue pas toujours de manière sereine et peut générer une crise familiale qui selon Philippe CAILLE[8], « *résulte soit d'un facteur extérieur soit de la perte de contrôle des divers membres de la famille sur leur histoire commune. Cela peut se manifester par exemple par des confusions de rôles, une conflictualité ou un désinvestissement* ».[9] Concernant plus précisément les familles au sein desquelles il y a une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, Marie-Eve JOEL[10] identifie trois moments critiques durant lesquels les relations familiales peuvent se modifier et se complexifier : « *l'annonce du diagnostic, l'organisation pratique de l'aide et la gestion du proche malade quand son état de santé se dégrade* »[11]. Dans ce contexte, la mise en place d'un programme de soin en Art-thérapie sollicitant les familles dans l'accompagnement de leur proche Alzheimer entre les séances d'Art-thérapie peut soit nécessiter des réajustements soit s'avérer totalement inopérant, voire dangereux. En effet, si les relations qu'entretient un patient avec sa famille se dégradent au cours d'un accompagnement en Art-thérapie, le programme de soin impliquant cette même famille entre les séances doit être interrompu afin de préserver le patient et de continuer dans de bonnes conditions son accompagnement en Art-thérapie. Et dans ce même objectif, une collaboration étroite peut être envisagée avec un thérapeute familial dont la spécificité est d'intervenir sur les modes de communication familiaux pathogènes. Mais, bien que l'Art-thérapeute soit amené à prendre en considération la situation familiale actuelle de ses patients dans le cadre de ses accompagnements, la spécificité de sa démarche est d'exploiter l'Art dans un processus de soin. Contrairement au thérapeute familial qui utilise des techniques relationnelles[12] pour rétablir une communication claire et sereine au sein d'une famille, l'Art-thérapeute exploite les effets relationnels de l'Art pour permettre à ses patients de ressentir la saveur existentielle à travers l'activité artistique et d'entrer en relation avec d'autres personnes à travers le goût partagé pour l'Art. Et dans cette perspective, au lieu d'attribuer aux familles de ces patients, atteints de la maladie d'Alzheimer, un rôle de partenaires de *soin*, l'Art-thérapeute peut réfléchir à d'autres modalités de participation des familles de sorte que celles-ci puissent partager avec leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer des moments de plaisir esthétique, au-delà des mots.

---

7 G. SALEM et N. FRENCK, *L'approche thérapeutique de la famille*, éd. Masson, 2009, p.57-65.

8 Philippe CAILLE est psychiatre, thérapeute de couple et de la famille. Fondateur de l'Institut de pensée systémique appliquée d'Oslo, en Norvège, il est actuellement formateur et intervenant en systémie à Nice. Il collabore avec de nombreuses institutions en France et à l'étranger.

9 P. CAILLE, *Familles et thérapeutes- Lecture systémique d'une interaction*, éd. Esf, 2006, p.101.

10 Marie-Eve JOEL est professeur des universités à la Faculté du Dauphiné, à Paris. Parmi ses nombreuses responsabilités et activités, elle est membre du Conseil Scientifique de la Fondation de Coopération Scientifique Alzheimer et du Comité d'Orientation de la Fondation Médéric Alzheimer.

11 A. COLVEZ, M.-E. JOEL, D. MISCHLICH, *La maladie d'Alzheimer- Quelle place pour les aidants?,* éd. Masson, 2002, p.55.

12 Nous pouvons citer à titre d'exemple, la technique dite de « *la mimésis* » consistant à laisser déteindre sur soi les gestes et comportements des membres de la famille, en les imitant, ou encore la technique de « *l'ajustement* » consistant à respecter soi-même les règles en vigueur dans la famille afin d'y être admis.

II.2) La confrontation de notre expérience d'atelier d'Art-thérapie à d'autres pratiques similaires démontre que les familles, spectatrices ou co-artistes, peuvent être un soutien affectif pour leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer.

Afin de poursuivre le débat en ce sens, nous comparons trois pratiques d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques s'adressant, de manière conjointe, à des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (stades débutant et modéré) et à leurs familles.

	PRATIQUE D'ART-THERAPIE D'ANNE-CATHERINE HECKLEN[13]	PSYCHOTHERAPIE A SUPPORT ARTISTIQUE D'ARLETTE GOLDBERG[14]	NOTRE PRATIQUE PERSONNELLE D'ART-THERAPIE
FORMATION DU PROFESSIONNEL	Ecole d'Art-thérapie de Tours	Ethnologie	Ecole d'Art-thérapie de Tours
CONTEXTE	Stage du Diplôme Universitaire. d'Art-thérapie Tours, 2006	-Exposition européenne « *Faire place aux souvenirs* », culturelle et itinérante, présentée à Paris, 2006 -Projet financé dans le cadre du programme Culture 2000 de la Commission Européenne -Expérience lancée en septembre 2004 impliquant plusieurs partenaires européens sous la coordination de Pam SCHWEITZER de l'association anglaise « Age Exchange » et Angelika TRILLING du département allemand des services sociaux	Stage du Diplôme Universitaire. d'Art-thérapie Tours, 2010
CADRE	-Une Art-thérapeute -Unité de Vie Protégée au sein d'un USLD (Unité de Soins de Longue Durée) -Salle commune -1 fois/semaine	-Une ethnologue à l'origine de la démarche, coordonnant et formant plusieurs intervenants : animateurs ou bénévoles, formés et aidés par des professionnels référents (gériatre, psychologue) -Ateliers ponctuels sur deux ans et demi en Europe : 10 séances/an, 1 fois/semaine	-Une Art-thérapeute -Hôpital de jour et de réadaptation gériatrique (Unité de soin à court terme) -Salle isolée, calme et aménagée -1 fois/semaine
APPROCHE THERAPEUTIQUE	L'Art est un processeur thérapeutique	-L'Art est médiatisé - « Réminiscence[15] »	L'Art est un processeur thérapeutique

13 A.-C. HECKLEN, *Une expérience d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques auprès de personnes âgées atteintes de démence type Alzheimer et leurs proches*, s.éd., 2006, p. 100-110.

14 A. GOLDBERG, *Réaliser une boîte souvenirs- Les objets, supports de mémoire*, éd. Chronique sociale, 2008, p.33-60.

15 La Réminiscence désigne à la fois le processus d'émergence d'un vague souvenir d'un évènement ou d'une expérience, et l'acte psychique résultant de ce processus. Selon Arlette GOLDBERG, l'approche Réminiscence est à la fois psychosociale, multisensorielle et créative. Les ateliers Réminiscence ne sont pas des ateliers mémoire destinés à améliorer les performances mnésiques. Leur objectif est de donner du plaisir aux participants, à atténuer leur sentiment de solitude et à renforcer leur sentiment d'identité. Ces ateliers sont animés par des professionnels formés qui proposent des thèmes et divers supports pour amener les participants à prendre la parole.

OBJECTIFS	-Renouer avec l'environnement familial (rupture suite à l'entrée en institution) -Maintenir l'investissement des familles -Privilégier l'échange non verbal dans la famille en partageant une activité artistique -Vivre l'instant présent -Favoriser les liens sociaux, les rencontres entre les différentes familles	-Réinterpréter, relativiser et raconter son passé -Affirmer son identité personnelle et culturelle -Echanger et partager ses expériences -Stimuler les capacités mnésiques et cognitives -Améliorer et favoriser la communication verbale -Développer les liens sociaux -Proposer dans une démarche évaluative et de partage un moyen d'expression artistique à des groupes humains différents selon les pays et les cultures	-Privilégier la relation familiale intergénérationnelle -Exploiter la mémoire affective -Favoriser l'approche ludique et le plaisir sensoriel -Susciter la curiosité et l'envie -Maintenir l'intérêt artistique et la motivation -Développer des capacités artistiques
STADE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DES PATIENTS	Stades débutant et modéré	Stade débutant	Stades débutant et modéré
TECHNIQUE ARTISTIQUE DOMINANTE	Arts plastiques	Arts plastiques	Arts plastiques (technique associée : Ecriture)
PRODUCTIONS ARTISTIQUES REALISEES	Peintures/Dessins/ Collages	Assemblages d'objets pour réaliser des « Boîtes à souvenirs »	Collages/ Récits
MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS	Atelier collectif ouvert	-Séances individuelles (domicile) -Ateliers itinérants et collectifs (structure)	Séances individuelles
METHODOLOGIE	-Consultation du dossier médical des patients -Rencontres informelles des familles -Initiation des familles à des techniques graphiques simples -Fiche d'observation pour les patients -Bilans équipes	-Formation préalable possible des professionnels sur la technique de réalisation des boîtes (1/2 à 1 journée) -Entretien biographique individuel préalable avec les patients -Rédaction des légendes biographiques personnelles des patients : écoute attentive des souvenirs, aide pour la collecte et le choix des objets et pour l'aménagement de la boîte -Questionnaires remplis en fin d'activité par les familles ou les professionnels	-Consultation du dossier médical, du bilan psychologique et social des patients -Rencontres préalables et ponctuelles des familles en cours d'accompagnement -Contrat de confiance et Plan d'action -Programme de soin inscrit dans la stratégie thérapeutique -Outils de liaison et Fiche de suivi articulée à la fiche d'observation -Bilans équipes -Comité éthique si besoin

MODE D'IMPLICATION DES FAMILLES	Dans l'atelier d'Art-thérapie collectif hebdomadaire	Lors des séances individuelles à domicile ou dans les ateliers collectifs itinérants en structure	Dans le programme de soin à domicile entre les séances d'Art-thérapie (fréquence et durée des activités à l'appréciation des familles)
ROLE DES FAMILLES	Spectateur	Co-artiste	Partenaire de « *soin* »
LOCALISATION SUR LE SCHEMA DE L'OPERATION ARTISTIQUE DE LA PRESENCE DES FAMILLES AUPRES DES PATIENTS	-Familles présentes lors de l'activité artistique en [6] et lors du traitement mondain en [8] -Patients encouragés lors du processus créateur et valorisés par l'exposition de leurs productions -La présence familiale agit sur le patient en [3] (ses émotions) et en [4] (ses pensées, le regard qu'il porte sur lui-même)	-Familles interrogées en amont et en aval de l'activité artistique des patients -Familles présentes lors de l'activité artistique en [6] ou lors du traitement mondain en [8] -Patients encouragés lors du processus créateur et valorisés par l'exposition de leurs productions -La présence familiale agit sur le patient en [3] (ses émotions) et en [4] (ses pensées, sa mémoire autobiographique et à long terme, le regard qu'il porte sur lui-même) -Activité artistique exploitant en elle-même des souvenirs familiaux des patients en [4] provoquant des ressentis et des émotions en [3]	-Familles rencontrées en amont et en aval de l'activité artistique des patients -Familles présentes avant les séances d'Art-thérapie, depuis la captation sensorielle en [2] jusqu'à la poussée corporelle en [5] car elles aident leur proche malade dans le choix d'objets à ramener lors des séances d'Art-thérapie, et après les séances d'Art-thérapie, -elles sont aussi présentes en [8] lors du traitement mondain des productions artistiques de leur proche -Patients motivés en amont et entre les séances d'Art-thérapie, ils sont valorisés par l'exposition de leurs productions, en aval des séances d'Art-thérapie -La présence familiale agit sur le patient en [3] (ses émotions), en [4] (ses pensées, sa mémoire affective et à court terme, le regard qu'il porte sur lui-même) et en [5] (sa motivation, son intérêt et son intention)

RESULTATS OBTENUS	-Réduction de l'apathie et de l'angoisse de certains patients -Implication continue de plusieurs familles -Des séances individuelles demandées par les familles et l'équipe, plus adaptées à certains patients mais non mises en place faute de temps	-Amélioration de l'humeur de certains patients -Exposition européenne itinérante : 7 pays européens participants, 60 « boîtes souvenirs » -Projet incitateur d'autres activités intergénérationnelles à l'initiative des communes	-Maintien mnésique entre les séances -Amélioration de l'humeur des patients -Valorisation des patients par le traitement mondain de leurs œuvres lors de fêtes dans la sphère familiale -Certains programmes de soin mis en place, d'autres non
ATOUTS	-Partage d'une activité artistique changeant du quotidien, favorisant le plaisir esthétique et les relations au-delà des mots -Multiplication des interactions : patient/famille, entre les familles, entre les patients -Hétérogénéité du groupe : émulation dans l'activité artistique, stimulation ou responsabilisation des patients -Disponibilité de l'Art-thérapeute pour écouter les familles sur des temps informels -Les familles sont accompagnées en même temps que les patients	-Plaisir esthétique partagé dans une activité commune -Stimulation de la mémoire autobiographique -Valorisation de l'histoire de vie des patients et de leur histoire familiale -Redonner aux patients un rôle de transmission intergénérationnelle dans leur famille par la contemplation et la transmission d'objets évocateurs et sentimentaux -Redonner une place aux personnes âgées dans la société : projet culturel et intergénérationnel impliquant des artistes, des professionnels de santé, des personnes âgées et leurs familles -Changer l'image de la vieillesse dans la société	-Conservation des repères du domicile -Inscription dans l'instant présent et/ou dans un projet -Stimulation de la mémoire affective -Prolongement des progrès en dehors de l'atelier d'Art-thérapie -Préservation/ exploitation de la complicité familiale -Modification du regard de la famille sur le patient vu comme un être humain doté de sensibilité -Amélioration de la relation famille/patient (la famille connaît mieux la maladie et ses symptômes)
LIMITES	-Dispositif mis en place à la demande de l'Art-thérapeute qui doit solliciter, informer et rassurer les familles, convaincre le directeur de l'USLD -Lieu de passage bruyant, perturbant -Hétérogénéité du groupe par la diversification des potentialités et des déficits des patients: difficulté de mise en place d'un suivi collectif et	-Espacement important entre les séances, plus ou moins variable selon les patients et la disponibilité des familles ou des professionnels : risque de démotivation, d'oubli du projet -Absence de suivi à long terme -Manifestation de conduites d'échec face à l'oubli des souvenirs familiaux -Rappel de souvenirs pénibles	-Dispositif à la demande de l'Art-thérapeute qui doit solliciter, informer et rassurer les familles, convaincre le médecin gériatre de l'HDJRG -Pérennisation du dispositif dépendant de la disponibilité et de la motivation des familles -L'Art-thérapeute n'est pas présent = suivi et évaluation du

	personnalisé, présence de jugements de valeur entre les participants -Appréhension des familles : peur de participer à un atelier collectif, de côtoyer d'autres personnes âgées Alzheimer -Dispositif dépendant des visites familiales (durée, fréquence,..) et de la motivation des familles -Réduction du temps libre des familles	-Démarche non adaptée à des patients ayant des troubles du langage verbal -Nécessite une formation sur la « Réminiscence »	dispositif uniquement en fonction des informations transmises par les familles -Nécessite une formation préalable des familles sur la pathologie de leur proche, assurée par un psychologue (pour mieux connaître la pathologie, affiner leurs observations, gérer les conflits) -Pas d'ouverture sur l'extérieur, en dehors du domicile, risque de favoriser l'isolement social des familles

Tableau N° 5 : Tableau comparatif et synthétique de trois pratiques d'Art-thérapie menées auprès de personnes âgées Alzheimer et de leurs familles.

Ces trois pratiques d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques menées auprès de personnes âgées Alzheimer et de leurs familles mettent en lumière le lien unificateur et universel de l'Art qui rapproche les êtres humains au-delà des mots et de la maladie en elle-même, indépendamment des frontières géographiques ou des différences culturelles.

La psychothérapie à support artistique, illustrée à travers la pratique d'Arlette GOLDBERG, travaille avec les souvenirs des personnes âgées Alzheimer, alors que l'Art-thérapie, illustrée à travers la pratique d'Anne-Catherine HECKLEN et la notre, contourne les troubles mnésiques des personnes âgées Alzheimer et suscite chez elles l'émergence de nouvelles sensations lors de l'activité artistique visant à enrichir, de manière inconsciente, leur mémoire affective. Dans le premier cas, l'identité humaine est appréhendée comme une mémoire du passé, un patrimoine personnel à transmettre au sein de la famille. Dans le deuxième cas, l'identité humaine est perçue comme un processus de construction de son histoire personnelle, toujours actif même s'il y a défaut mnésique car l'être humain continue d'interagir avec son environnement extérieur.

Par ailleurs, dans un objectif commun d'accompagnement des patients et de leurs familles, ces trois pratiques n'attribuent pas pourtant à ces dernières le même rôle, chaque démarche présentant des atouts et des limites. Cette analyse comparative met en lumière les bénéfices et les risques d'une implication familiale dans le cadre d'un accompagnement en Art-thérapie de personnes âgées Alzheimer. Et dans cette optique, au lieu d'opter, de manière tranchée, pour l'une ou pour l'autre de ces pratiques, l'Art-thérapeute travaillant en cohésion avec une équipe pluridisciplinaire doit plutôt adopter une démarche Art-thérapeutique souple. Afin de varier et d'adapter les modalités d'accompagnement, au regard de l'institution, des familles et des patients, il s'appuie sur ses compétences professionnelles et artistiques, sa connaissance de la pathologie des patients et surtout, il adopte une démarche éthique.

III° L'ART-THERAPEUTE PEUT ADOPTER UNE DEMARCHE D'ETHIQUE APPLIQUEE POUR EVALUER LA PERTINENCE ET LES MODALITES D'IMPLICATION DES FAMILLES DANS LE PROGRAMME DE SOIN MIS EN PLACE DANS L'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THERAPIE DE LEURS PROCHES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.

III.1) La démarche d'éthique appliquée est un processus de réflexion neutre, interactif et contextualisé.

Noël-Jean MAZEN[16], par une approche épistémologique de l'éthique, met en lumière les enjeux et les écueils des diverses démarches éthiques au cours de l'histoire (éthique de cas, éthique de situation, éthique de l'avenir, éthique de la sollicitude, éthique de la complexité). Au regard de celles-ci, il définit la démarche d'éthique appliquée comme « *une approche intégrative et complexe dont le dialogue est la seule méthode qui en respecte le caractère réflexif et dynamique et, qui éveille l'esprit pour aller au-delà des non-dits, des erreurs, des émotions et des préjugés*. »[17]. Autrement dit, la démarche d'éthique appliquée est un processus de réflexion structuré et logique au centre duquel le dialogue entre les divers interlocuteurs tient une place prépondérante. Elle repose sur l'analyse critique d'une situation, considérée dans son contexte et sa spécificité, et sur la mise en œuvre d'une méthodologie rigoureuse. Elle s'applique avec « *une certaine sagesse pratique* »[18], dans le respect des valeurs de l'individu et de la société.

Concrètement, la démarche d'éthique appliquée :

-implique de la part des professionnels d'être formés à cette démarche éthique et d'avoir un retour sur soi préalable à la réflexion pour déterminer ses propres valeurs et s'en distancier,

-nécessite de rencontrer la personne concernée pour poser le problème et ses conséquences, pour identifier les valeurs de cette personne, son environnement psychologique et moral. Il s'agit surtout d'établir avec elle un lien de confiance, d'adopter une attitude d'écoute empathique et active, d'utiliser un langage simplifié et approprié, et de « *poser sur elle un regard extérieur pour lui permettre de se sentir confirmée dans sa dignité* »[19],

-nécessite une prise de recul pour situer le problème dans un vécu collectif et individuel, pour discerner les relations sociales, économiques et historiques qui sous-tendent de manière imbriquée les enjeux éthiques, pour mettre en perspective les difficultés et pour essayer d'en dépasser les contradictions,

-permet de cerner la solution par le dialogue. La maïeutique[20] aide la personne concernée à découvrir elle-même la réponse à sa question par le dialogue et le dépassement de ses préjugés. Rassurée par rapport à ses doutes, elle est invitée à forger sa faculté critique,

-s'appuie sur des techniques de classement et de formalisation des solutions possibles permettant de poser les solutions envisagées par la personne concernée et ses interlocuteurs, d'en comparer les bénéfices et les risques, d'envisager les obstacles et les relais, d'anticiper

---

16 Noël-Jean MAZEN est Maître de conférences de droit et d'éthique à l'Ecole pratique des hautes études dont le siège est à Paris. Il dirige le Groupe des recherches « Droit et Ethique du Vivant» à l'université de Bourgogne. Membre ou président de différents comités d'éthique appliquée, il donne de nombreuses conférences à l'Université de Montréal et à l'Université de McGill.

Cf. glossaire des termes spécifiques de l'Art, l'Art-thérapie et de l'esthétique p.9.

17 N.-J. NOEL, *La démarche d'éthique appliquée- Contribution à l'étude du processus de décision*, éd. Les Etudes Hospitalières, 2008, p. 94-99.

18 Nous faisons ici allusion à « la sagesse de l'action » telle que la définit le philosophe Paul RICOEUR et que nous évoquons dans notre propos sémantique à la page 6 de notre mémoire.

19 Idem, p.136.

20 « *La maïeutique, initiée par Socrate, dans l'Antiquité grecque, est l'art d'accoucher les esprits des pensées qu'ils contiennent sans le savoir, l'art du questionnement, l'art de faire cheminer la personne avec laquelle on discute, par un jeu subtil d'interrogations, d'évidences, de traits d'humour afin que celle-ci ait le sentiment de trouver les éléments de la solution non dans le discours qui lui est tenu, mais dans sa propre pensée. Le point de départ de la maïeutique est la prise de conscience d'être d'un sujet.* » Ibid., p.141-142.

les actions et les réactions suite à la prise de décision d'autant plus difficile qu'elle peut générer des conflits de valeurs. L'utilisation de techniques, comme celle de l'arbre de décision[21] proposée par Howard RAÏFFA, contribue à rationaliser le processus décisionnaire.

La consultation d'un comité d'éthique appliquée permet à la personne qui en ressent le besoin de prendre du recul par rapport à une situation, en se distanciant de sa première intuition, des pressions extérieures de son entourage ou des conventions sociales. Ce comité pluridisciplinaire est un espace de dialogue qui n'influence pas la décision du consultant, et dont la réflexion, permettant d'élargir et de confronter les points de vue, s'articule autour de trois axes: responsabilité, proximité et non-substitution. Ces comités d'éthique appliquée sont encore peu consultés. Mais, en milieu de soin, de plus en plus de professionnels mettent en place des comités éthiques leur permettant de croiser leurs informations techniques et leurs ressentis par rapport aux patients dans le cadre d'une situation complexe. Transposé à notre propos, la question des bénéfices, des limites et des modalités d'implication des familles des personnes âgées Alzheimer dans le programme de soin en Art-thérapie nécessite pour l'Art-thérapeute, en cohésion avec l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle il travaille, de mettre en œuvre une démarche d'éthique appliquée, en plus du respect des règles de la déontologie.

III.2) Le paradoxe statutaire des familles est à prendre en compte dans une démarche d'éthique appliquée à l'accompagnement en Art-thérapie de personnes âgées Alzheimer.

La prise en compte du contexte est fondamentale dans le cadre d'une démarche d'éthique appliquée, en ce qui nous concerne plus précisément, à l'accompagnement en Art-thérapie de personnes âgées Alzheimer et de leurs familles. Le nœud du problème est que les familles de ces personnes âgées Alzheimer vivant à leur domicile, sont, de manière paradoxale, à la fois « *des aidants naturels, désignés comme tels par les professionnels de la santé, et une population à risque du point de vue de leur santé physique et mentale*. »[22] D'un côté, les familles s'épuisent dans l'accompagnement au quotidien de leur proche malade qui peut manifester des troubles psycho-comportementaux plus ou moins sévères, complexifiant de surcroît les relations familiales. Face à l'engorgement des institutions d'accueil, elles se retrouvent souvent dans l'impossibilité de se désister de ce rôle d'aidant naturel, souvent assumé par devoir ou par dévouement, sans aucune formation particulière et en parallèle d'une vie bien remplie. Et d'un autre côté, le soutien familial pourrait être un facteur motivationnel pour les personnes âgées Alzheimer suivies en Art-thérapie d'autant plus exploitable que la mémoire affective n'est pas altérée dans cette pathologie et que l'état émotionnel de ces personnes âgées Alzheimer peut avoir des répercussions sur l'évolution de leur maladie et sur l'aggravation de leurs troubles cognitifs.

Ainsi, selon le climat affectif régnant au sein de la cellule familiale, la qualité de vie de tous ses membres peut être soit altérée soit améliorée. Et dans cette perspective, l'Art-thérapeute peut adopter une démarche d'éthique appliquée lui permettant de mettre en balance les bénéfices et les inconvénients, pour les patients et pour les familles, d'une collaboration avec ces dernières dans un objectif d'optimisation de l'accompagnement en Art-thérapie de leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer. Autrement dit, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, l'Art-thérapeute met en œuvre, de manière méthodique et rigoureuse, une démarche d'éthique appliquée pour décider au cas par cas de la mise en place effective ou non d'un programme de soin en Art-thérapie impliquant les familles de ses patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

---

[21] L'arbre de décision est un outil d'aide à la décision qui représente la situation plus ou moins complexe à laquelle on doit faire face sous la forme graphique d'un arbre de façon à faire apparaître à l'extrémité de chaque branche les différents résultats possibles en fonction des décisions prises à chaque étape. L'arbre de décision est un outil utilisé dans des domaines variés comme la médecine, la sécurité,…

[22] T. DARNAUD, *L'impact familial de la maladie d'Alzheimer- Comprendre pour accompagner*, éd. Chronique sociale, 2007, p.25.

Schéma N°11 : Schéma de la démarche d'éthique appliquée à la mise en œuvre du programme de soin en Art-thérapie, impliquant les familles des personnes âgées Alzheimer.

CONCLUSION

Le respect de la singularité des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer qui demeurent des personnes à part entière, sensibles, uniques et dignes, a constitué le fil rouge de ce mémoire d'Art-thérapie. Dans la première partie, nous nous sommes appuyés sur l'apport actuel des neurosciences pour démontrer l'hétérogénéité des modalités d'expression de la maladie d'Alzheimer selon les patients. Dans la deuxième partie, à travers le bilan évaluatif de notre expérience d'atelier d'Art-thérapie, menée à l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges, nous avons souligné l'intérêt d'un accompagnement Art-thérapeutique individualisé pour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, prenant en compte leur histoire de vie et leur personnalité. Dans la troisième partie, en comparant cette expérience à d'autres disciplines et à d'autres pratiques d'Art-thérapie, nous avons démontré la pertinence de la démarche éthique pour évaluer au cas par cas, les bénéfices et les limites d'un programme de soin impliquant les familles des personnes âgées Alzheimer entre les séances d'Art-thérapie. A partir d'une hypothèse de travail développée dans la première partie de notre mémoire, évaluée sur le terrain dans la deuxième partie et questionnée sur le plan éthique dans la troisième partie, nous avons mis en lumière l'intérêt et l'originalité de l'Art-thérapie auprès de personnes âgées Alzheimer. En effet, l'Art-thérapie, fondée sur la théorie de l'Art opératoire, exploite les capacités résiduelles des personnes âgées Alzheimer, à savoir l'esthésie et la mémoire affective, ainsi que leur potentiel artistique afin de leur permettre de se sentir vivantes dans l'instant vécu de l'activité artistique et aussi de poursuivre leur vie. Dans notre mémoire, l'identité humaine a été en effet appréhendée comme un processus de construction identitaire, toujours actif même s'il y a défaut mnésique car l'être humain continue d'interagir avec son environnement et avec autrui.

Enfin, enrichis tant sur le plan intellectuel que sur le plan humain par cette expérience d'atelier d'Art-thérapie au CHU de Limoges, nous envisageons ce mémoire comme le point de départ d'une recherche ultérieure. Non seulement, nous avons pris le parti d'inscrire notre approche Art-thérapeutique à travers le prisme des disciplines actuelles comme l'éthique appliquée, la systémie familiale et les neurosciences mais surtout, nous nous intéressons à cette question éthique actuelle concernant les enjeux et les écueils d'une collaboration entre les professionnels de santé et les familles des patients Alzheimer. Le vieillissement de la population, son impact sociétal et économique, associé à l'engorgement des institutions d'accueil spécialisées en gériatrie inscrivent la famille au cœur des enjeux de santé publique, soulevant la question de leur statut, de leur place et de leur rôle. Dans cette optique, une nouvelle discipline a vu le jour: la proximologie qui est un territoire de recherche et d'action, à la croisée de la médecine, de la sociologie, de la psychologie et de l'économie qui envisage la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments déterminants de l'environnement du patient et par voie de conséquence de l'efficacité des soins. Seulement, comme le souligne Emmanuel HIRSCH, la position de la famille dans ce contexte doit être réinventée car « *la tentation est forte de fonctionnaliser et de systématiser le concept d'assistance, ramenant l'entourage à un rôle essentiellement instrumental, intégré aux dispositifs de soin selon des principes et des finalités qui dénaturent ce qu'il est. (...) Une même attention doit donc être consacrée aux patients Alzheimer et aux familles de telle sorte qu'ils puissent évoluer ensemble dans la réciprocité et la mutualité d'un projet* ».[1] De ce point de vue, le partage commun d'une expérience esthétique peut être envisagé dans le cadre d'un accompagnement en Art-thérapie de personnes âgées Alzheimer et de leurs familles. Conscients du défi social et de santé publique que représente pour demain, tant au niveau national qu'au niveau européen et mondial, la prise en charge des personnes âgées Alzheimer, il s'agit là pour nous d'un axe de recherche en Art-thérapie passionnant, à la croisée de l'éthique, de la psychologie et de la sociologie.

[1] E. HIRSCH, *Proximologie, Un autre rapport avec l'éthique de soin*, éd.Flammarion, 2006, p.112.

BIBLIOGRAPHIE

ART, ART-THERAPIE ET ESTHETIQUE

ARISTOTE, *La Poétique*, trad. DUPONT-ROC et J. LALLOT, éd. du Seuil, Paris, 1980.

CHATEAU Dominique, *Epistémologie de l'esthétique*, éd. L'Harmattan, s.l., 2000, 349 p.

CRAPART Fanny, *Bilan et analyse des objectifs thérapeutiques spécifiques à la prise en charge en Art-thérapie de patients cérébro-lésés au regard des mémoires du diplôme universitaire d'Art-thérapie de Tours de 2000 à 2006*, s.éd., s.l., 2007.

DEWEY John, *L'Art comme expérience*, trad. J.-P. COMETTI et alii., éd. Gallimard, Saint-Amand, 2010, 596 p.

FORESTIER Richard, *Regard sur l'Art (approche épistémologique de l'activité artistique)*, éd. See You Soon On The Moon, s.l., s.d., 60p.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, Dijon, 2004, 283 p.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, éd. Favre, Paris, 5è éd., 2007, 232 p.

GOLDBERG Arlette, *Réaliser une boîte souvenirs (Les objets, supports de mémoire)*, éd. Chronique Sociale, Lyon, 2008, 95 p.

HECKLEN Anne-Catherine, *Une expérience d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques auprès de personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer et leurs proches*, s.éd., s.l., 2006.

HEGEL Friedrich, *Esthétique*, éd. Presses Universitaires de France, Paris, 10èéd.,1981, 230 p.

KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, 2è section, trad. Victor DELBOS, éd. Vrin, Paris, 1992, 153 p.

LESNIEWSKA Henryka Katia, *Alzheimer - thérapie comportementale et Art-thérapie en institution*, éd. L'Harmattan, s.l., 2003, 135 p.

VALERY Paul, *Cahiers,* Tome II, éd. Gallimard, Paris, 1974.

NEUROSCIENCES ET MALADIE D'ALZHEIMER

BEAR Mark F., CONNORS Barry W., PARADISO Michael A., *Neurosciences, à la découverte du cerveau*, éd; Pradel, s.l., 3è éd., 2010, 881 p.

BOTEZ-MARQUARD Thérèse, BOLLER François, *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, éd. Les Presses Universitaires de Montréal, Quebec, 3è éd., 2005, 849 p.

ERGIS Anne-Marie, GELY-NARGEOT Marie-Christine, VAN DER LINDEN Martial dir., *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*, éd. Solal, Marseille, 2005, 387 p.

GIL Roger., *Abrégés de Neuropsychologie*, éd. Masson, Paris, 4è. éd, 2009, 414 p.

SELLAL François, KRUCZEK Elisabeth, *Maladie d'Alzheimer*, éd. DOUIN, Paris, 2è éd, 2007, 152p.

TOUCHON Jacques, PORTET Florence, *Guide pratique de la maladie d'Alzheimer*, éd. MMI, Paris, 2000, 136 p.

PHILOSOPHIE ET ETHIQUE

DE KONINCK Thomas, LAROCHELLE Gilbert dir., *La dignité humaine (Philosophie, droit, politique, économie, médecine)*, éd. Presses Universitaires de France, Paris, 2005, 177 p.

LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini (Essai sur l'extériorité)*, éd. Kluwer Academic, Paris, 12è. éd., 2009, 348 p.

MAZEN Noël-Jean, *La démarche d'éthique appliquée (Contribution à l'étude du processus de décision)*, éd. Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2008, 212 p.

RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éd. Du Seuil, Paris, 1990, 428 p.

SVANDRA Philippe, *Le soignant et la démarche éthique*, éd. Estem, Paris, 2009, 143 p.

PSYCHOLOGIE, PSYCHOGERIATRIE ET SOCIOLOGIE

CAILLE Philippe, *Familles et thérapeutes (Lecture systémique d'une interaction)*, éd. ESF, Issy-les-Moulineaux, 4è. éd., 2006, 189 p.

COLVEZ Alain, JOEL Marie-Eve, MISCHLICH Danièle, *La maladie d'Alzheimer (Quelle place pour les aidants?)*, éd. Masson, Paris, 2002, 270 p.

DARNAUD Thierry, *L'impact familial de la maladie d'Alzheimer (Comprendre pour accompagner)*, éd. Chronique Sociale, Lyon, 2007, 150 p.

FEIL Naomi, *Validation mode d'emploi (Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer)*, éd. Pradel, Paris, 2008, 238 p.

PLOTON Louis, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, éd. Chronique Sociale, Lyon, 2010, 144 p.

SALEM Gérard, FRENCK Nahum, *L'approche thérapeutique de la famille*, éd. Masson, Paris, 2009, 275 p.

CONGRES, COLLOQUES ET CONFERENCES

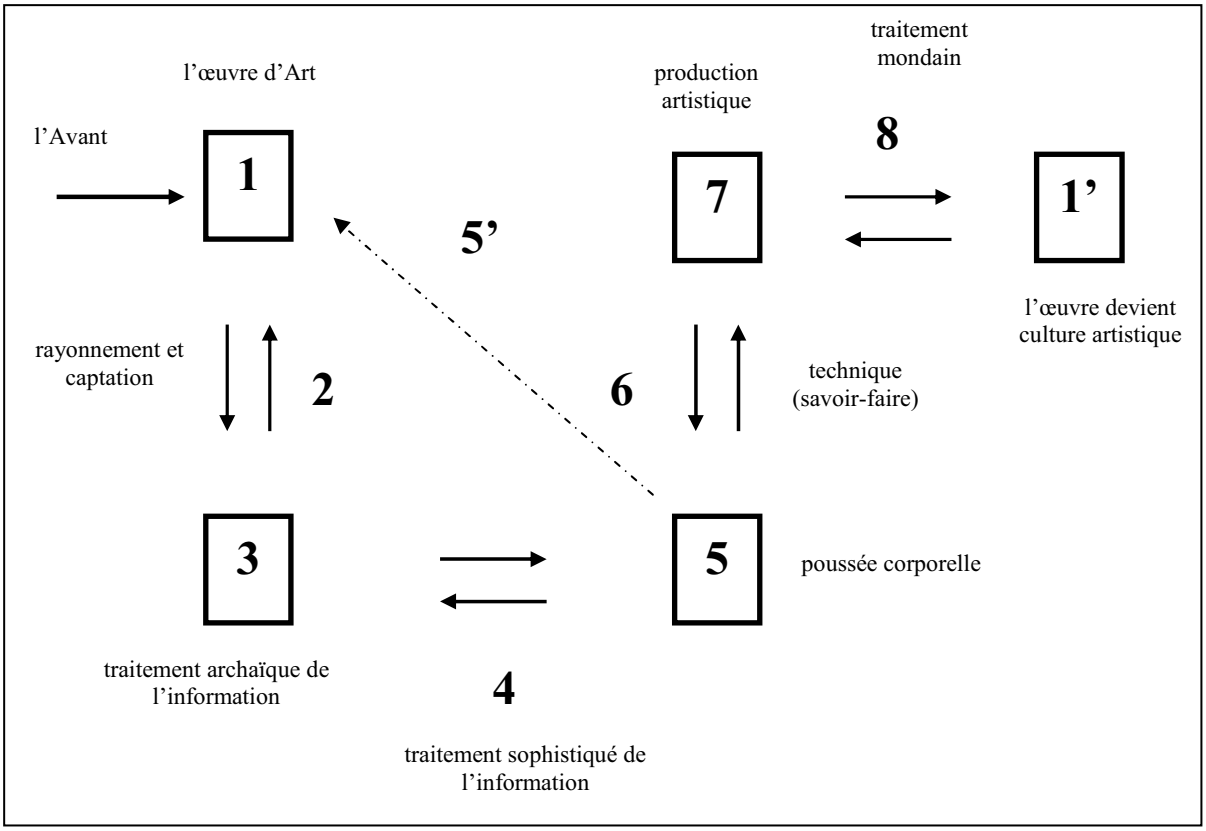
2ème Colloque international sur les *Approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, Prendre soin et milieux de vie*, Agevillage, Paris, Cité des sciences et de l'industrie, 12-13 Novembre 2009

Congrès international d'Art-thérapie sur la *Profession d'Art-thérapeute*, Ecole d'Art-thérapie de Tours, AFRATAPEM, Tours, Faculté de Médecine, 19-21 février 2010 (congrès organisé par l'Ecole d'Art-thérapie de Tours à l'occasion du 25è anniversaire du premier diplôme universitaire français d'Art-thérapie)

SITES INTERNET

www.aftcc.org (site de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive)
www.alz.co.uk (site de l'Association Alzheimer's Disease International)
www.aphjpa.org (site de l'Association « Promotion » des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées)
www.cnrtl.fr (site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)
www.espace-ethique-alzheimer.org (Espace National de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer)
www.fondation-mederic-alzheimer.org (site de la Fondation Méderic Alzheimer)
www.fondation-alzheimer.org (site de la Coopération scientifique pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées)
www.francealzheimer.org (portail de l'Union Française des Associations Alzheimer)
www.insee.fr (site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
www.plan-alzheimer.gouv.fr (site du ministère de la santé présentant le Plan Alzheimer)
www.psychogeriatrie.fr (site de l'Institut de Psychogériatrie)

ANNEXE A : Schéma de l'opération artistique
Richard Forestier *Tout savoir sur l'Art-thérapie, p.172 à p.185*



*« Le **phénomène artistique** comprend l'intention (qui se génère en phases [3] et [4]), l'action (qui se manifeste en [5] et [6]) et la production (qui s'offre en [7] et [8]). Il est observable et permet de compléter les fiches d'observations. L'opération artistique permet de comprendre et d'analyser ce qui se manifeste dans le phénomène artistique. »*

*-**L'Avant** : c'est l'élément culturel, social et patrimonial d'une société.*
*-**Phase 1** : c'est l'œuvre d'Art en elle-même, par et pour elle-même, dans le monde sensible.*
*-**Phase 2** : c'est le rayonnement de l'œuvre qui sort d'elle-même pour offrir sa nature à la captation. L'être humain perçoit ce rayonnement grâce à ses capteurs sensoriels.*
***Phase 3** : les informations extérieures, une fois captées, sont traitées par tous les mécanismes neurovégétatifs et neurologiques. Elles sont ensuite engrammées par le corps physique et par l'activité mentale. L'esthésie joue ici un rôle important.*
***Phase 4**: l'activité mentale dans ses modalités psychologiques s'impose aux réactions archaïques du corps physique. La mémoire, les connaissances et l'intelligence assument et coordonnent les mécanismes de représentations imagées et les mécanismes d'abstraction tout en accord avec la personnalité du sujet. Cette phase détermine l'intention. Le passage entre les mécanismes de l'impression et ceux de l'expression se réalise avec une autorégulation entre l'intention et la réaction générée.*
***Phase 5** : le pouvoir de la volonté peut entraîner la masse corporelle. Cet entraînement corporel produit une poussée de nature à mouvoir le corps physique. On quitte la tension esthétique pure pour produire une activité artistique.*
***Phase 5'** : c'est la contemplation artistique qui se caractérise par l'inaction du spectateur. Cette inaction est aussi une implication physique qui repose sur l'intensité de l'intérêt porté à l'œuvre contemplée.*
***Phase 6** : le corps physique est mis en mouvement sous l'autorité d'un acte volontaire généré en [4], lancé en [5], et dirigé vers la réalisation d'une production artistique en [7]. Celle-ci implique des techniques et des savoir-faire spécifiques. S'instaure aussi un double mouvement de [5].à [7].visant l'autorégulation entre l'intention et l'action.*
***Phase 7** : c'est la production artistique issue de la technique et du monde intérieur de la personne. Elle se matérialise et elle s'inscrit dans l'espace et le temps.*
***Phase 8** : c'est lorsque la production artistique est soumise à l'acceptation de la collectivité humaine.*
***Phase 1'** : une fois la phase [8] réalisée, la production artistique devient une œuvre d'Art et elle devient un nouvel accident spatio-temporel artistique, de nature à perpétuer l'opération artistique des êtres humains. »*

ANNEXE B : FICHE D'OBSERVATION

Nom du patient — Date — Météo
N° séance d'Art-thérapie — Durée — Matin ☐ Après-midi ☐
Séance individuelle ☐ Atelier collectif ☐ — Lieu

Déficits sensori-moteurs — Allergies
Types de mémoires altérées chez le patient — Types de mémoires préservées

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Objectif global :		Objectif de la séance :	

Légende de l'échelle de valeurs utilisées pour évaluer les objectifs thérapeutiques :
5-aboutissement
4-évolution importante
3-évolution
2-sans évolution
1-régression

DYNAMIQUE DE LA SEANCE

Technique artistique dominante :
Phénomènes associés :
Méthode : ☐ situation ☐ jeu ☐ exercice
☐ didactique ☐ révélateur ☐ thérapeutique ☐occupationnel
☐ directif ☐ dirigé ☐ semi-dirigé ☐ ouvert ☐ libre

Aspect abordé ☐ expression ☐ communication ☐ relation

BILAN DE LA SEANCE

Début de la rencontre (informations particulières, attitude corporelle du patient, ambiance dans le service)

Fin de la rencontre

Bilan de la séance (demandes spécifiques du patient, items particuliers relevés à l'occasion de la séance, limites atteintes, modifications à apporter,…)

Programme de soins envisageable entre les séances (qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi)

Remarques particulières (état de l'Art-thérapeute, adaptation d'outils, hospitalisation du patient,…)

Préparation de la séance suivante

INTENTION DU PATIENT

Désorientation temporelle ☐ spatiale ☐

Rejoint l'atelier seul ☐ sur sollicitation ☐
Participe à l'atelier par plaisir ☐ par curiosité ☐ pour aider l'Art-thérapeute☐
Verbalise une intention esthétique ☐ Manifeste une intention esthétique corporellement ☐
L'intention doit être concrétisée immédiatement ☐ peut être différée ☐
Demande ce que veut l'Art-thérapeute ☐ comprend les consignes ☐
Verbalise un projet ☐ une idée ☐ une envie ☐
Se souvient de ce projet ou de cette idée lors de la séance ☐ d'une séance à l'autre ☐

RESSENTI ET IMPLICATION DU PATIENT DANS L'ACTIVITE ARTISTIQUE

Durée de l'activité du patient :……
Apraxie ☐ Agnosie ☐

Nature de l'implication :

S'engage spontanément dans l'activité artistique ☐
A besoin d'être stimulé ☐
Actif ☐ contemplatif ☐ Objet contemplé :
Reste dans la contemplation ☐
Alterne des moments de réflexion et d'action ☐
Invente ☐ imagine ☐ recopie ☐
S'arrête avant la fin de la séance ☐
Motif :

Autonomie dans le travail :

Travaille seul ☐ a besoin d'aide pour travailler ☐
Demande de l'aide ☐ refuse l'aide ☐
Sait appliquer une consigne ☐
Utilise le matériel correctement ☐ avec aide ☐
avec difficulté ☐
Prend des initiatives nouvelles ☐
Nombre d'initiatives prises :
Fait des choix ☐
Nombre de choix effectués :
Choisit sa place ☐ le thème ☐ le matériel ☐
les couleurs ☐ les matériaux ☐ un titre ☐

Qualité gestuelle :

Travaille avec application ☐ avec précision ☐
avec rapidité ☐ avec lenteur ☐ tremble ☐
Geste spontané ☐ initié ☐
accompagné physiquement par l'Art-thérapeute ☐
Dextérité fine ☐ moyenne ☐ maladroite ☐

Attitude corporelle générale:

Position corporelle dynamique ☐ adaptée ☐
inadaptée ☐ inconfortable ☐
Est statique ☐ se déplace dans l'atelier ☐
Regard rayonnant ☐ intéressé ☐ présent ☐
triste ☐ absent ☐
A changé d'attitude ☐ Motif :

Engagement émotionnel :

Rappel mnésique de la séance précédente ☐ Nombre :
En parle de façon agréable ☐ désagréable ☐
Plaisir du geste ☐ plaisir tactile ☐ auditif ☐
olfactif ☐ visuel ☐
Souriant durant l'activité ☐ Nombre de sourires :
Pleure ☐ tremble ☐ angoissé ☐ distrait ☐
Verbalise des émotions esthétiques quand il contemple
des œuvres ☐ quand il crée ☐
Manifeste corporellement une émotion esthétique ☐
Evoque des souvenirs agréables ☐ désagréables☐
Exprime un intérêt pour la séance ☐

Tension esthétique :

Art I ☐ Art II ☐
Alternance Art I/ Art II ☐ Modalité:
Recommence quand il est insatisfait ☐
Se décourage devant la difficulté ☐
Demande des conseils techniques ☐
Manifeste l'envie de commencer une autre production
verbalement ☐ corporellement ☐
Souhaite découvrir des œuvres d'artistes ☐
de nouvelles techniques artistiques ☐
A envie de poursuivre sa production chez lui ☐
La rapporte la séance suivante ☐

PRODUCTION

Arts Plastiques

Nature de la production et savoir-faire:

Production figurative ☐ abstraite ☐ mixte ☐
Production 2D ☐ 3D ☐ bas- relief ☐
Collage ☐ peinture ☐ dessin ☐ autre ☐ :
Collage de matériaux de récupération ☐ de papiers ☐ d'images ☐ d'objets ☐ de matières végétales ☐
Opérations plastiques habituelles ☐ nouvelles ☐ variées ☐ apprises ☐ répétées ☐ ex :

Ecriture

Nature de la production et savoir-faire:

Récit autobiographique ☐ poème ☐ conte ☐
Histoire imaginée ☐ dialogue ☐ lettre ☐
Stylo☐ plume☐ calame☐ autre☐ :
Langage courant ☐ soutenu ☐ familier ☐
Vocabulaire riche ☐ appauvri ☐ moyen ☐
Connaissances grammaticales ☐ syntaxiques ☐
Sens du texte travaillé ☐ son aspect formel ☐

Composantes de la production :

Petit support ☐ grand support ☐ Présence d'un titre ☐ d'une signature ☐
Composition aléatoire ☐ structurée ☐ Rapport fond /forme proportionné ☐
La production est plus petite que le support ☐ Tout l'espace de la feuille est rempli ☐
Seule la partie droite/gauche du support est investie ☐ la partie centrale ☐ le haut ou le bas ☐

Facture lisse ☐ hachée ☐ élaborée ☐ maladroite ☐
Couleurs primaires ☐ secondaires ☐ ternaires ☐
Couleurs chaudes ☐ froides ☐ vives ☐ pastels ☐
Contraste chaud-froid ☐ clair-obscur ☐ camaïeu ☐
Palette de couleurs naissante☐ affirmée☐ absente ☐
Préférences chromatiques du patient:

Trame narrative présente ☐ non traitée ☐ correcte ☐
Ecriture lisible ☐ illisible ☐
Jeux de mots ☐ signifié ☐ signifiant ☐
Présence de couleurs ☐ de motifs☐ de citations☐
Préférences thématiques du patient :

Satisfaction par rapport à la production :

La production correspond à l'intention ☐ Satisfait de sa production ☐ la commente☐
Veut la déchirer ☐ la laisser à l'atelier ☐ la garder ☐ la montrer ☐ l'offrir ☐ l'exposer ☐

CAPACITES RELATIONNELLES DU PATIENT

Aphasie ☐ Troubles psycho-comportementaux ☐ Distance thérapeutique à instaurer ☐ Motif :

Comportement général et thymie:

Enthousiaste ☐ bonne humeur ☐
humeur égale ☐ mauvaise humeur ☐
Somnolent ☐ agité ☐ dynamique ☐ passif ☐
nerveux ☐ détendu ☐ fatigué ☐ agacé ☐
Timide ☐ réservé ☐ à l'aise ☐ désinhibé ☐

Engagement relationnel :

Ouvert à la relation ☐ fermé à la relation ☐
Niveau de relation : isolement ☐ fusion ☐
coalescence ☐ sympathie ☐ association ☐
Mode de relation : cordialité ☐ respect ☐
indifférence ☐ agressivité ☐
Recherche le contact visuel ☐ le contact tactile ☐
A l'aise dans un groupe ☐ effacé ☐ très présent ☐

Communication verbale :

Parle peu ☐ beaucoup ☐ fort ☐ à voix basse ☐
spontanément ☐ sur sollicitation ☐
Nombres d'échanges verbaux :
Monologue ☐ discussion ☐ radotage ☐
Langage cohérent☐ incohérent ☐familier ☐courant☐
Parle de sa vie ☐ au passé ☐ au présent ☐
Parle de sa famille ☐ au passé ☐ au présent ☐
Parle par rapport à l'activité☐ dans l'instant présent☐
Verbalise des plaintes ☐ des demandes ☐

Communication non verbale :

Mimiques répétitives ☐ grimace ☐ visage crispé ☐
Clignement des yeux ☐ regard dans le vide ☐ fixe ☐
Mouvements des bras ☐ des jambes ☐ stéréotypés ☐

Légende de l'échelle de valeurs utilisées pour évaluer le phénomène artistique, la production et capacités relationnelles

0 jamais/ opposition/ refus/ ne fait jamais seul
1 peu/ accepte l'idée/ a des difficultés ou réticences à réaliser/ sur sollicitation
2 ponctuellement/ constaté/ réalisé/ a besoin d'encouragement
3 fréquemment/ constaté/ réalisé
4 toujours/ constaté/ réalisé/ à son initiative

AUTO-EVALUATION

Cube harmonique compris ☐ adapté ☐ non exploité ☐ Motif :

Avis esthétique spontané ☐ sollicité ☐ non exprimé ☐ systématiquement négatif ☐ ou positif ☐
La production vous plaît ?/ c'est Beau ☐
Elle est bien faite ?/ C'est Bien ☐
Vous avez envie de continuer ?/ C'est Bon ☐

ANNEXE C : Productions artistiques de Mme Lilas

Séances 1 et 2

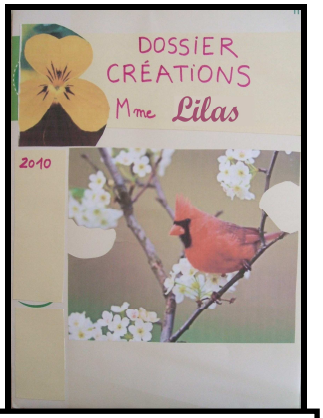
Séance 3

Séance 4

Séance 5

Séances 7 et 8

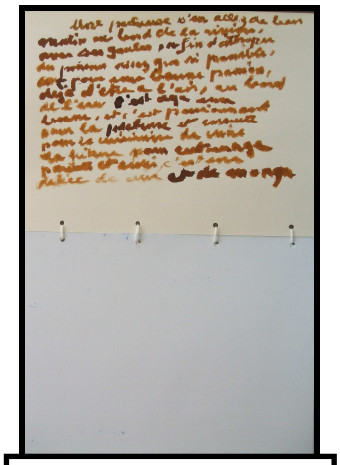
Séance 9



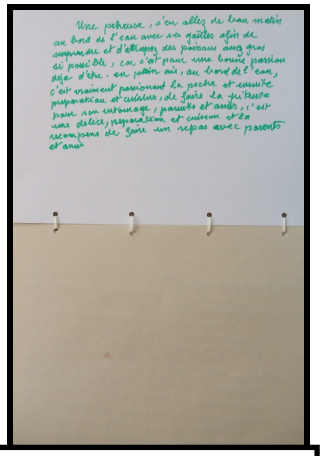
Séance 10

<u>ANNEXE D :</u> Productions artistiques de Mme Céladon

Pour des raisons de confidentialité, les textes autobiographiques rédigés par la patiente lors des trois premières séances ne sont pas présentés ici.



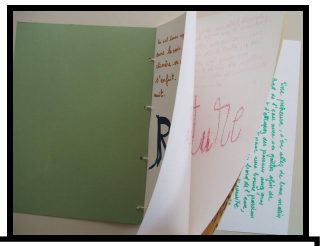
Séance 4
<u>Pêche matinale</u>



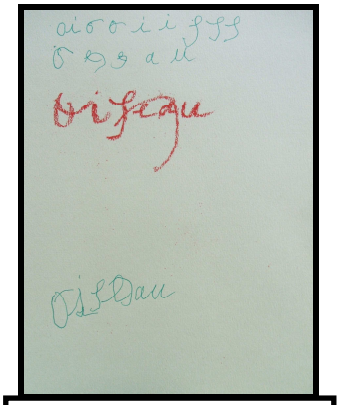
Séance 4 bis
<u>Pêche d'été</u>
Voir transcription ci contre :

« Une pêcheuse s'en allez de beau matin au bord de l'eau avec ses gaules afin de et d'attrapez des poissons assez gros si possible, car s'est pour une bonne passion déjà d'être en plein air, au bord de l'eau, c'est vraiment passionnant la pêche et ensuite préparation et cuisine, de faire la friture pour son entourage, parents et amis, c'est une délice, préparation et cuisson et la récompense de faire une repas avec parents et amis »

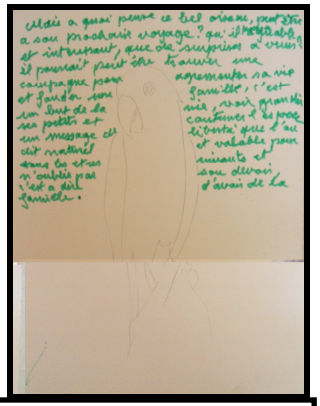
Séance 5
<u>Rencontre entre une dame et une chèvre</u>



Séance 6
<u>Nature</u>

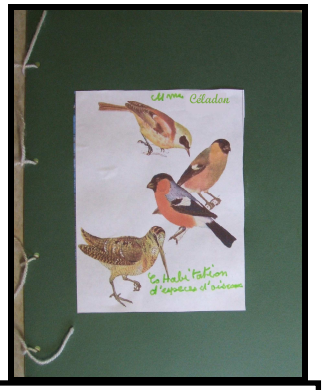


Séance 8



Séance 9
<u>Mon ami l'oiseau</u>
Voir transcription ci contre :

« Mais à quoi pense ce bel oiseau, peut être à son prochain voyage ? qu'il est agréable et intéressant, que de surprises à venir ? Il pourrait peut être trouver une compagne pour agrémenter sa vie et fonder une famille, c'est un but de la vie, voir grandir ses petits et contempler l'espace, un message de liberté que l'on dit naturel et valable pour nous les êtres vivants et n'oublis pas son devoir, c'est-à-dire d'avoir de la famille »



Séance 10
<u>Co-habitation d'espèces d'oiseaux</u>

<u>ANNEXE E :</u> FICHE DE SUIVI DU PROGRAMME DE SOIN EN ART-THERAPIE

Date :	Lieu :
Nom du parent accompagnant :	Lien de parenté :
Objectif :	Durée :
Activité :	Résumé :
Bénéfices observés :	Problèmes rencontrés :
Remarques :	Propositions :

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE-TOURS
& AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
De la Faculté de Médecine de TOURS
Soutenu en 2011 par Mlle DIAS Nadia

L'Art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle de personnes âgées Alzheimer en exploitant l'esthésie et la mémoire affective et en impliquant les familles dans le programme de soin.

RÉSUMÉ :

La maladie d'Alzheimer est une démence évolutive et incurable générant des troubles mnésiques, comportementaux et thymiques variables selon les personnes âgées qui vivent au quotidien leur maladie comme un handicap. En perdant progressivement la mémoire, elles perdent aussi leur identité personnelle, sociale et familiale. Désemparées, apathiques ou agressives, elles manifestent et développent des troubles de l'expression, de la relation et de la communication. L'Art-thérapie exploitant l'esthésie et la mémoire affective, non altérées par la maladie d'Alzheimer, permet à ces personnes âgées de se sentir exister grâce à la saveur existentielle ressentie lors de l'activité artistique. Accompagnées individuellement dans la création de collages ou de récits, favorisant la résurgence et l'émergence de souvenirs personnels, d'émotions ou de sensations agréables, elles affirment leur personnalité de manière artistique, intime et émouvante. Elles retrouvent le goût de vivre, poursuivant au jour le jour leur histoire et renouant peu à peu des liens sociaux et familiaux. Ce mémoire, axé sur les nouvelles disciplines comme les neurosciences, la proximologie et la systémie familiale, met en lumière la spécificité et les bénéfices de l'Art-thérapie auprès de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cette pathologie faisant toujours l'objet de recherches médicales et paramédicales, il s'interroge sur la pertinence et les possibilités de collaboration entre l'Art-thérapeute et les familles de ces personnes âgées dans un objectif d'optimisation de l'action Art-thérapeutique, mise en œuvre en cohésion avec l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital de jour et de réadaptation gériatrique de Limoges.

MOTS CLÉS: démence, mémoire, dignité, éthique, identité, humanité, histoire de vie, familles, Art, esthétique, collage, écriture, Art-thérapie, expression, communication, relation

SUMMARY:

Alzheimer's is a progressive and incurable dementia that causes varying memory, behaviour and mood problems in the elderly who suffer from this disease that debilitates their everyday lives. As their memory fades, it progressively deprives them of their personal, social and family identity. Helpless, indifferent or aggressive, they show and develop problems with expression, connections and communication. By utilising aesthesia and the emotional memory unchanged by Alzheimer's disease, Art Therapy allows these elderly to feel they exist thanks to the experience felt through the artistic activity. Accompanied one-to-one while creating collages or stories, encouraging the resurgence and emergence of personal memories, emotions or pleasant feelings, they express their personality in an artistic, personal and moving way. They rediscover the taste for life, continuing their story one day at a time and little by little re-establishing social ties. This paper, focused on new fields like neuroscience, proximology and the family system, brings to light the uniqueness and the advantages of Art Therapy for the elderly suffering from Alzheimer's disease. This pathology, always the subject of medical and paramedical research, examines the relevance and collaborative possibilities between Art Therapist and the families of these elderly with the aim of optimising Art Therapy, implemented in cohesion with the multidisciplinary team of the hospital of day and geriatric rehabilitation of Limoges

KEY WORDS : *dementia, memory; dignity, ethics, identity, humanity, life story, family, Art, beauty, collage, writing, Art therapy, expression, communication, connections*