

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**UNE PRATIQUE D'ART-THERAPIE
A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AVEC L'ART POSTAL
AUPRES DE PERSONNES INSTITUTIONNALISEES ATTEINTES
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
présenté par Isabelle VILAIN

Année 2011

Sous la direction :
de Jean-Luc PIGNOL
Psychologue clinicien

Lieu de stage :
EHPAD Saint-Joseph
33120 - ARCACHON

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**UNE PRATIQUE D'ART-THERAPIE
A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AVEC L'ART POSTAL
AUPRES DE PERSONNES INSTITUTIONNALISEES ATTEINTES
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
présenté par Isabelle VILAIN

Année 2011

Sous la direction :
de Jean-Luc PIGNOL
Psychologue clinicien

Lieu de stage :
EHPAD Saint-Joseph
33120 - ARCACHON

Je souhaite remercier,

Madame Aude et Madame Line.

Leurs familles qui m'ont fait confiance.

Les personnes résidentes qui ont participé aux ateliers d'art-thérapie.

La Direction de l'Etablissement SAINT JOSEPH

pour l'ouverture qui m'a été accordée.

L'équipe soignante de l'EHPAD.

Mes proches, mes amis pour leur soutien.

Monsieur Richard FORESTIER pour son enseignement.

Monsieur Jean-Luc PIGNOL, Directeur de Mémoire.

« Il vaut mieux ajouter de la vie à ses jours, que des jours à sa vie ».

Rita Levi-Montalcini

Plan	2
Glossaire	9
Introduction	10

PLAN

PREMIÈRE PARTIE : L'ANALYSE

I – <u>L'ART-THERAPIE PEUT CONSTITUER UN SOIN ADAPTE AUX PERSONNES AGEES SOUFFRANT D'UN STADE LEGER A AVANCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN FAVORISANT LEUR AUTONOMIE RESIDUELLE</u>	11
A. LA PERSONNE AGEE SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EST ATTEINTE D'UNE FORME DE DEMENCE DITE DEGENERATIVE	11
1. Aloïs ALZHEIMER décrit cette démence, ainsi éponymée, devenue endémique et problématique de santé publique	11
2. La démence est un syndrome clinique caractérisé par le déclin insidieux, global et progressif de toutes les facultés intellectuelles	11
3. Les anomalies neuropathologiques de la maladie d'Alzheimer provoquent la dégénérescence du cerveau avec une symptomatologie repérant trois phases	12
4. Le tableau clinique de la MA fait état de troubles cognitifs se résumant comme aphaso-apraxo-agnosique et de troubles psycho-comportementaux qui modifient l'autonomie et l'image qu'a la personne d'elle-même	12
4.1. Les troubles cognitifs caractérisent le premier repérage de la MA	12
4.1.1. <i>Les troubles mnésiques enregistrent des déficits évoluant selon les phases de la maladie</i>	13
4.1.2. <i>Les perturbations initiales caractérisent le début de la maladie et perturbent la communication</i>	13
4.1.3. <i>Les perturbations ultérieures manifestes en expression orale et de scripton, ainsi que dans les gestes de la vie quotidienne pénalisent la relation</i>	13
4.2. Les troubles psycho-comportementaux découlent des troubles cognitifs atteignant l'autonomie sociale de la personne atteinte de MA.	13
4.2.1. <i>Les troubles psycho-comportementaux regroupent des manifestations physiques et mentales diminuant l'autonomie</i>	13
4.2.2. <i>Les troubles affectifs, émotionnels affectent la personne et pénalisent sa sociabilité</i>	14
4.2.3. <i>L'apathie est constitutive de la pathologie</i>	14
4.2.4. <i>Les troubles psychotiques sont repérés dans les formes évoluées de la maladie</i>	14
4.2.5. <i>Les troubles des fonctions instinctuelles affectent la globalité de la personne</i>	14
5. Un bilan exploité des capacités résiduelles permet le maintien adaptif des personnes atteintes de MA.	14

B. L'ART EST UNE MODALITE PRIVILEGIEE D'EXPRESSION UTILISANT LE MONDE SENSIBLE DE L'ETRE HUMAIN, LA PERSONNE AGEE ATTEINTE DE MA PEUT BENEFICIER D'ART-THERAPIE ET FAVORISER SON EXPRESSION ARTISTIQUE 15

1. **L'Art est l'un des fondements de notre culture** 15
 - 1.1. L'Art dans l'antiquité nous montre l'élévation de l'homme vers le monde divin 15
 - 1.2. L'Art aujourd'hui nous présente une dimension plus humaine 15
 - 1.3. L'œuvre d'Art présente trois particularités 16
 - 1.4. L'Art et la médecine ont une influence l'un sur l'autre 16
2. **L'activité artistique est une activité réfléchie entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'homme qui favorise son pouvoir expressif** 16
 - 2.1. L'Art est un acte volontaire dirigé vers l'esthétisme pour et par l'esthésie 16
 - 2.2. L'Art est une activité d'expression, qui favorise la communication par ses effets relationnels 17
3. **L'écriture est l'illustration d'un savoir faire expressif : les connaissances, les repères et la mémoire sont nécessaires à ce savoir-faire** 17
 - 3.1. Les mécanismes de l'écriture sont neuropsychologiques en lien avec l'opération artistique 17
 - 3.2. L'écriture est une modalité d'expression composée d'un fond et d'une forme 18
 - 3.3. La calligraphie et le bel écrit sont des médiateurs artistiques 18
4. **L'Art postal allie la calligraphie aux Arts plastiques et peut participer au maintien de l'autonomie résiduelle des personnes atteintes de MA en favorisant leur expression artistique** 19
 - 4.1. Les Arts plastiques sont une activité d'expression 19
 - 4.2. L'Art postal est né d'un besoin de communication 19
 - 4.3. Les techniques utilisées sont multiples, adaptables et sources de créativité 21
 - 4.4. Mes pratiques artistiques s'adaptent aux capacités des personnes atteintes de MA 21
 - 4.5. Les activités de l'Art postal font appel à des techniques non verbales qui peuvent favoriser l'expression des personnes prises en charge 21
 - 4.5.1. *Les capacités gnosiques résiduelles des personnes atteintes de MA sont repérées et peuvent être sollicitées par l'Art postal* 21
 - 4.5.2. *Les bénéfices recueillis sont favorisés par la production rapide d'une réalisation.* 22

C. L'ART-THERAPIE EST L'EXPLOITATION DU POTENTIEL ARTISTIQUE DANS UNE VISEE HUMANITAIRE ET THERAPEUTIQUE ET S'INSCRIT DANS UN PROCESSUS DE SOINS 23

1. **L'art-thérapie implique l'Art dans un processus de soin** 23
 - 1.1. L'Art n'a pas de vertu curative, son application thérapeutique en fait un soin 23
 - 1.2. L'Art-thérapie s'adresse à des personnes souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation, en visant la partie saine de la personne 23
 - 1.3. La prise en charge en art-thérapie s'inscrit dans une prise en charge globale au sein d'une équipe pluridisciplinaire 23
 - 1.3.1. *La prise en charge répond à une indication médicale* 23
 - 1.3.2. *L'Art-thérapie s'inscrit dans un protocole de soin* 24
 - 1.3.3. *Une hypothèse de stratégie thérapeutique est instaurée dans ce protocole* 24
2. **L'Art-thérapie vise un objectif thérapeutique avec une méthodologie spécifique confirmée par l'évaluation** 24

L'Art-thérapie utilise le phénomène artistique et dispose d'outils spécifiques 24

2.1. L'Art-thérapie s'appuie sur l'opération artistique pour analyser les mécanismes défailants	24
2.2. La fiche d'ouverture situe l'état de base de la personne avec un objectif général	25
2.3. La stratégie thérapeutique vise l'objectif général et s'articule autour d'objectifs intermédiaires	25
2.4. La fiche d'observation mémorise les informations recueillies et les objective par des items choisis et évalués	25
2.5. L'évaluation est constante tout au long de la prise en charge	26
2.6. La fiche de clôture est le bilan de prise en charge et le relai à l'équipe soignante.	26

DEUXIEME PARTIE : LA PRATIQUE

II – UNE PRATIQUE D'ART-THERAPIE EST EFFECTUEE EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES ACCUEILLANT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES APPARENTES

A. L'INSTITUTION SAINT JOSEPH EST UNE STRUCTURE A HAUTEUR HUMAINE ET CONVIVIALE

- | | |
|--|----|
| 1. La présentation de la structure et son équipe est un préalable à la rencontre des patients | 26 |
| 1.1. L'établissement Saint Joseph est une petite structure | 26 |
| 1.2. L'équipe pluridisciplinaire est au service de la personne âgée dépendante | 27 |
| 1.3. Les projets d'établissement de vie, de soins structurent l'activité de l'établissement | 27 |
| 2. L'établissement s'inscrit dans un partenariat de réseau | 27 |
| 3. Les personnes accueillies ont des spécificités liées à leur dépendance | 28 |
| 4. Des activités variées ponctuent le rythme des journées et maintiennent les personnes dans une sollicitation régulière. | 28 |

B. LA PRATIQUE D'ART-THERAPIE S'ELABORE AUTOUR D'UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE SPECIFIQUE A CHAQUE PRISE EN CHARGE

- | | |
|---|----|
| 1. Les traitements et les prises en charge de la maladie d'Alzheimer sont précoces et dirigés vers le patient et son entourage | 28 |
| 1.1. Les traitements symptomatiques sont conçus en deux grands types de traitement | 28 |
| 1.1.1. <i>Le traitement des troubles cognitifs sont proposés dans les formes légères et modérées de la maladie</i> | 28 |
| 1.1.2. <i>Le traitement des troubles psycho-comportementaux sont proposés dans les formes plus avancées de la maladie.</i> | 28 |
| 1.2. Les traitements étiologiques sont des traitements d'avenir | 29 |
| 1.3. Les prises en charges non-médicamenteuses préservent l'autonomie du patient en respectant sa dignité | 29 |
| 1.3.1. <i>Les psychothérapies sont nombreuses : analytique, systémique, comportementaliste, à médiation, de soutien</i> | 29 |
| 1.3.2. <i>Les sociothérapies et stimulations cognitives s'appuient sur les activités quotidiennes</i> | 29 |
| 1.3.3. <i>L'Art-thérapie est une discipline paramédicale qui utilise l'Art comme processeur thérapeutique et vise le maintien de l'autonomie résiduelle</i> | 29 |

2. L'intervention en Art-thérapie a un cadre thérapeutique	29
3. Les indications de prise en charge émanent du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante	30
4. L'étude des pathologies de chaque patient atteint de MA est le préalable aux prises en charge dans un objectif global de soins	30
5. Les temps d'observation initient les prises en charge avec une définition de l'état de base de chaque personne, un objectif et une hypothèse de travail	30
6. Un atelier d'Art-thérapie est mis en place pour des personnes atteintes de troubles apparentés ou de MA à un stade léger.	30
7. L'art-thérapeute propose et organise des séances individuelles pour les personnes qui justifient une prise en charge spécifique.	31
C. OBSERVATION CLINIQUE DE DEUX PRISES EN CHARGE INDIVIDUELLES DE PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LES FORMES EVOLUEES	31
1. La cible thérapeutique des prises en charge est la consolidation des capacités existantes pour un maintien de l'autonomie	31
1.1. L'image qu'a la personne d'elle-même est altérée par les échecs répétés	31
1.2. La perte de l'identité et la dévalorisation entraîne une souffrance psychique qui génère un manque de confiance en soi	31
1.3. Le corps devient armure ou désolation	32
1.4. Toute production artistique est une expression permettant d'affirmer son identité	32
1.5. La revalorisation de soi passe par l'affirmation, la confiance, l'estime de soi	32
1.6. Une prise en charge en art-thérapie peut permettre de développer certains actes autonomes.	33
2. L'attitude physique de Mme Aude attire l'attention et suscite une prise en charge	33
2.1. L'anamnèse ne livre pas d'informations probantes, Mme Aude étant reçue en accueil de jour, il n'existe pas de dossier spécifique	33
2.2. Plusieurs séances sont nécessaires à la mise en place d'un état de base	33
2.3. Les pénalités repérées dans l'attitude de Mme Aude altèrent sa posture physique et psychologique	33
- sa mémoire est altérée	34
- un ralentissement idéo-moteur avec apraxie et agraphie sont localisés	34
- Mme Aude manifeste une paraphasie	34
- les troubles spatiaux temporels restreignent son autonomie	35
- des troubles psycho-comportementaux sont présents	35
2.4. La stratégie thérapeutique s'appuie sur l'opération artistique et ce qui fonctionne chez Mme Aude	35
- <i>L'objectif général</i> porte sur une renarcissisation, une qualité existentielle	35
- <i>Les objectifs intermédiaires</i> visent les capacités expressionnelles, l'implication	35
- <i>L'intérêt artistique</i> se mobilise sur la peinture, l'attrait des couleurs, l'esthétique	35
- <i>L'attention est portée sur la captation</i> pour favoriser stimulation, intention	35
- <i>Les faisceaux d'items et les items</i> sur l'expression, la communication, les choix et les capacités d'initiatives sont cotés de 1 à 5	35
2.5. La méthode s'appuie sur des situations thérapeutiques	36
2.6. Le déroulement des séances s'adapte aux capacités praxiques de Mme Aude permettant d'optimiser sa confiance en elle	35

2.7.	L'expression des émotions suscitées par l'activité puis la production artistique s'inscrit positivement dans l'attitude corporelle de Mme Aude pendant et après les séances	36
2.8.	La recherche esthétique motive l'expression de ses choix	37
2.9.	Un bilan positif en cours de parcours et son auto-évaluation permet d'ajuster les objectifs intermédiaires	37
2.10.	La topographie des séances suivantes est modifiée par le projet de son entrée en résidence et la connaissance de données médicales	37
2.11.	Une nouvelle évaluation prend en compte des modifications thymiques	37
2.12.	Mme Aude « signe » de son nom patronymique chaque réalisation	38
2.13.	Un projet de correspondance avec des enfants éloignés devient un projet de vie	38
2.14.	L'Art postal est la résultante artistique d'échanges épistolaires teintés d'affection	39
2.15.	Le goût naît dans les couleurs, le style s'éveille	39
2.16.	Les capacités physiques de Mme Aude s'amenuisent	39
2.17.	Une ouverture sur la musique est justifiée par l'intérêt de Mme Aude	40
2.18.	La musique devient cadre sonore thérapeutique pour une activité artistique dominée par la couleur	40
2.19.	Mme Aude présente une amélioration de l'humeur prolongée dans la journée et repérée par l'équipe	40
2.20.	Le bilan de la prise en charge s'inscrit dans les projets de soin et de vie	40
2.21.	Des graphiques synthétisent la prise en charge de Mme Aude	41
2.22.	La globalisation des résultats sur les aires de capacités expressionnelles, d'implication et son auto-évaluation, valide l'hypothèse de renarcissisation	45

3. Les projets de vie et de soins de Mme Line peuvent s'inscrire dans une prise en charge art-thérapeutique 46

3.1.	L'anamnèse de Mme Line nous informe sur son histoire de vie et son dossier médical	
3.2.	Les pénalités de sa maladie cause une altération du comportement et entraîne un retrait social	46
-	ses troubles mnésiques affectent trois types de mémoire	46
-	ses praxies sont restreintes	47
-	des troubles visuo-spatiaux sont prégnants	47
-	Les troubles des fonctions exécutives et du jugement sont les pertes de son sens critique	47
-	ses troubles psycho-comportementaux regroupent des manifestations physiques et mentales	47
3.3.	Les effets de ce retrait entraînent une apathie constitutive	48
3.4.	La stratégie thérapeutique s'appuie sur l'opération artistique et ce qui est opérant chez Madame Line	48
-	<i>L'objectif général</i> vise l'affirmation de soi	48
-	<i>La méthode</i> s'appuie sur le jeu et les situations thérapeutiques	48
-	<i>Les objectifs intermédiaires</i> sont la baisse de l'anxiété et la réassurance pour retrouver confiance en soi, maintenir les fonctions praxiques et son attention	48
-	<i>Le choix de techniques artistiques</i> s'impose pour utiliser des habiletés existantes, fixer des mécanismes de la mémoire et revigorer Mme Line	48
-	<i>L'observation porte sur des faisceaux d'items</i> relevant des capacités expressionnelles, relationnelles, attentionnelles, les capacités de choix et d'initiative, côtés de 1 à 5	48
3.5.	Le déroulement des séances s'articule rapidement autour d'un projet artistique d'art postal avec sa fille et petite fille	48

3.6. Mme Line prend plaisir à construire une image, un tableau sur une enveloppe	49
3.7. L'implication familiale contribue au maintien des relations affectives de Mme Line et des enfants	49
3.8. L'évaluation continue nous informe et fait évoluer les fiches d'observation	50
3.9. La praxie de Mme Line s'altère, une agraphie s'installe progressivement avec des répercussions thymiques qu'il convient de prendre en compte afin d'éviter une boucle d'inhibition	50
3.10. L'Art postal perdure les émotions ressenties par l'utilisation de couleurs et formes	50
3.11. Le large registre des émotions a réveillé des souvenirs agréables dans une enfance repérée comme difficile	50
3.12. La captation artistique ouvre un havre de paix dans le désordre neurologique lors des grandes fatigues dues à la médication	51
3.13. La méthodologie thérapeutique transforme l'art capté puis exprimé en soin	51
3.14. Les fiches de clôture sont un bilan art-thérapeutique et un relai pour le suivi dans la globalité de prise en charge de la personne	51
3.15. Des graphiques illustrent la prise en soin de Madame Line	52
3.16. La globalisation des résultats sur les capacités expressionnelles, attentionnelles et les capacités de choix valide l'hypothèse de réassurance et de confiance en soi sans atteindre l'affirmation de soi.	58

TROISIEME PARTIE : LA DISCUSSION

III – L'UTILISATION DE L'ART POSTAL EN ART-THERAPIE FAVORISE LES RELATIONS ENTRE LA PERSONNE ATTEINTE DE MA ET SON ENTOURAGE

59

A. LES MOTIVATIONS DU MEMOIRE SE BASENT SUR DIFFERENTS TRAVAUX ETUDIANT LE COMPORTEMENT DE LA PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

59

1. Le rapport de l'ANAES

59

2. Une étude réalisée par le CHU de Toulouse

59

3. Une étude pluridisciplinaire de l'Université Lumière Lyon 2

59

4. La Fondation Nationale de Gérontologie contribue à promouvoir des actions novatrices.

59

B. LES METHODES D'INTERVENTIONS PROPOSEES AUX PERSONNES ATTEINTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER SONT CRITICABLES

60

Deux approches sont proposées : la stimulation cognitive et l'art-thérapie

60

Elles s'appuient sur les manifestations d'expression, de communication, et de relation

60

L'intérêt de la stimulation cognitive

61

a.1. Quelques données neuropsychologiques sont présentées

62

a.2. L'intervenant en stimulation cognitive encourage les voies accessibles pour répondre à la sollicitation

62

a.3. La stimulation cognitive diffère des ateliers mémoires.

62

a. Les atouts de l'Art-thérapie

63

b.1. L'Art-thérapie favorise l'expression

63

b.2. Les émotions de la personne Alzheimer s'expriment dans la pratique artistique	64
b.3. Avec l'Art-thérapie, le projet artistique de la personne devient communication	64
b.4. La personne atteinte de MA communique par l'intermédiaire de l'art postal	65
b.5. L'Art-thérapie favorise les modalités expressives et relationnelles de la personne par son approche individualisée	65
b.6. La production artistique favorise le lien avec l'entourage familial et amical.	65
b. Synthèse de la critique	65
C. L'ETUDE MONTRE QUE L'UTILISATION DE L'ART POSTAL EN ART-THERAPIE FAVORISE LES RELATIONS D'UNE PERSONNE ATTEINTE DE MA AMELIORANT SA REVALORISATION ET PARTICIPE AINSI AU MAINTIEN RESIDUEL DE SON AUTONOMIE	66
1. La personne atteinte de MA retrouve son identité et une qualité existentielle et l'utilise en séance d'Art-thérapie avec l'Art postal	66
1.1. L'Art-thérapie utilise les traces laissées par la personne avec l'Art postal	66
1.2. L'échange épistolaire laisse une trace	66
1.3. Les personnes prises en soin retrouvent une qualité existentielle	67
1.4. Elles s'inscrivent dans un projet.	67
2. La personne atteinte de MA dispose d'une autonomie	67
2.1. Il convient de préciser ce qu'est l'autonomie résiduelle de la personne MA	67
2.2. La notion de dépendance est développée	68
2.3. Le terme de pourvoyance traduit l'adaptation à la situation	68
2.4. Une critique est portée sur l'autonomie résiduelle de la personne atteinte de MA	68
2.5. L'Art postal en Art-thérapie permet de maintenir et de restaurer un tissu relationnel favorisant le maintien d'une autonomie chez les personnes diagnostiquée de MA.	68
3. L'entourage porte un regard différent sur la personne et renforcer les liens	69
3.1. Une rencontre avec les familles nous informe sur leur ressenti et le besoin d'alliance thérapeutique	69
3.2. Avec les traces aux couleurs de l'émotion qui font écho aux images envoyées par la famille, le patient VIT et retrouve un statut de « personne »	69
3.3. L'alliance thérapeutique migre de l'intérieur « du soin » vers l'extérieur « du lien » pour le bien-être de la personne.	69
D. CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE ET WEBGRAPHIE	71

Apathie : insensibilité aux causes qui provoquent habituellement les émotions

Aphasie : perte du langage articulé en l'absence de lésions des nerfs et des organes d'exécution concourant à cette articulation

- **paraphasie** : emploi d'expressions verbales ne correspondant pas à la pensée

Akinésie : état d'immobilité provoquée, réaction d'immobilisation

- **akathisie** : impossibilité de demeurer tranquille, mouvements incontrôlés souvent d'origine médicamenteuse

Echolalie : répétition automatique de paroles prononcées par l'interlocuteur

Extéroception : sensibilité des récepteurs habituellement stimulés par des agents extérieurs à l'organisme

Intéroception : sensibilité des récepteurs dont les excitations habituelles proviennent de stimuli internes et qui sont le point de départ de réflexes végétatifs

Gnosie : perception ou connaissance sensorielle d'objets ou d'événements extérieurs

- **agnosie** : perte pathologique de la capacité de reconnaissance perceptive
- **anosognosie** : méconnaissance pathologique d'un état morbide
- **prosopagnosie** : perte de la reconnaissance des visages, prédominante ou exclusive

Graphie : représentation écrite de signes

- **agraphie** : perte pathologique de la capacité d'écrire
- **dysorthographie** : difficulté particulière dans l'apprentissage de l'écriture

Mémoire à long terme :

- **épisode** : événementielle et autobiographique
- **procédurale** : des habilités motrices et des savoirs faire
- **sémantique** : stock des connaissances générales et factuelles

Mnésies : relatives à la mémoire **Amnésies** : troubles plus ou moins profonds de la mémoire

- **antérograde** : dite amnésie de fixation, trouble de la mémorisation de l'apprentissage
- **rétrograde** : trouble de la mémorisation ancienne
- **ecmnésie** : reviviscence de souvenirs paraissant abolis
- **paramnésie** : représentation apparaissant à tort comme un souvenir

Plasticité cérébrale : phénomène actif de compensation de l'activité neuronale

Praxie : action physique ordonnée, geste

- **apraxie idéomotrice** : manque de la schématisation mentale du mouvement
- **apraxie idéatoire** : trouble du concept de l'acte à exécuter
- **apraxie constructive** : incapacité à reproduire par le dessin, même d'après un modèle, des objets ou signes simples

Proprioception : conscience des récepteurs habituellement stimulés du fait de l'activité propre de organes qui les contiennent

Réserve - **cérébrale** : quantité de neurones et connexions disponibles

- **cognitive** : processus actif et ou dynamique de mobilisation des capacités cognitives

Symptôme : trouble subjectif perçu par une personne et qui révèle une maladie

Syndrome : ensemble déterminé de symptômes pouvant traduire une modalité pathogénique

Stéréotypie : tendance à conserver la même attitude ou à répéter le même mouvement ou les mêmes paroles.

L'étude d'une pratique en Art-thérapie présentée dans ce mémoire, fait l'objet d'un stage pratique de 140 heures dans le cadre des études du Diplôme Universitaire et d'une action bénévole, sur une durée de 14 mois en milieu d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés.

Cette discipline paramédicale utilise l'art comme processeur thérapeutique et met l'accent sur les capacités de la personne et non sur ce qui faillit.

Avec cette démarche de soin particulière, je souhaite montrer par ce travail, que malgré l'évolution de la pathologie, un maintien cognitif et comportemental voire une amélioration de ces troubles est possible et participe de fait à l'amélioration de la qualité de vie de la personne atteinte par cette pathologie.

Des processus de réparation sont mis en œuvre pour participer à la sortie de la détérioration cognitive de la personne. Les sens, l'émotion, l'affectivité sont préservés, et ne demandent qu'à s'épanouir par le biais de stimulations, la conduite esthétique œuvre en ce sens. Cette prise en charge de soin évolue dans la rigueur d'une discipline et dans un cadre thérapeutique strict avec la pluridisciplinarité de l'équipe soignante pour répondre aux besoins de la personne.

Une présentation de la pathologie d'Alzheimer est réalisée en 1^{er} partie de mémoire. Elle est suivie d'ouvertures sur l'Art et du lien entre l'Art et la médecine, de l'Art postal et du rapport entre la pathologie d'Alzheimer et les pratiques artistiques que j'ai mises en œuvre. Un développement de l'Art-thérapie de l'Ecole de Tours est ensuite exposé.

La 2^{ème} partie concerne la présentation de l'entreprise d'accueil et mentionne un panel de thérapies non médicamenteuses conduites en milieu institutionnel. La démarche art-thérapeutique est ensuite déroulée, pour accéder à l'analyse de deux observations cliniques.

Les motivations de ce mémoire se basent sur différents travaux étudiant le comportement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Une critique de deux interventions en institution, à savoir la stimulation cognitive et l'Art-thérapie, tend en 3^{ème} partie de répondre à leurs limites et atouts respectifs. Les résultantes d'identité, d'autonomie personnelle et de lien rejoignent l'hypothèse avancée.

La conclusion synthétise les résultats de l'étude et montre l'intérêt que présentent l'Art-thérapie et l'Art postal utilisé comme médiateur dans sa stratégie.

I – L'ART-THERAPIE PEUT CONSTITUER UN SOIN ADAPTE AUX PERSONNES AGEES SOUFFRANT D'UN STADE LEGER A AVANCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN FAVORISANT LEUR AUTONOMIE RESIDUELLE

A. LA PERSONNE AGEE SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) EST ATTEINTE D'UNE FORME DE DEMENCE DITE DEGENERATIVE

1. Aloïs ALZHEIMER décrit cette démence ainsi éponymée, devenue endémique et problématique de santé publique

Les découvertes d'Aloïs ALZHEIMER neurologue allemand 1864-1915, en 1906 chez l'une de ses patientes âgée de 58 ans, décrivent « au centre d'une cellule apparemment normale une ou plusieurs fibrilles caractérisées par leur épaisseur et leur imprégnabilité particulière », anomalie histologique majeure de la MA¹ connue aujourd'hui sous le terme de dégénérescence neurofibrillaire.

A l'aube du XXI^e siècle, la maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus fréquente soit 60 à 70%. La prévalence² de la MA est estimée selon les études respectant les critères de la DSM³ à 1,5% à 65 ans, doublant tous les ans pour atteindre 30% à 80 ans. L'étude PAQUID⁴ montre une prévalence globale de la démence de 4,3% alors que celle de la MA est de 3,1%, plus élevée chez les femmes notamment après 85 ans. On estime entre 250 000 et 300 000 le nombre de patients actuellement affectés par la maladie en France. Des facteurs de risques connus aujourd'hui sont : l'âge, les antécédents familiaux, le sexe féminin, le faible niveau d'éducation, les maladies cérébrovasculaires, les antécédents de traumatismes crâniens et les expositions à l'aluminium.

De ces considérations, la Maladie d'Alzheimer devient un problème de santé publique, que le rapport UE2008 « Lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées » du 30/10/08 décline en priorités de recherches, enjeux, coordinations et initiatives. Mary MARSHALL⁵ fait état des « 5 déficits clés du traitement de la démence »:

- « Dépasser la peur du handicap cognitif,
- Retenir que la personne dispose de capacités cognitives, mais aussi d'une personnalité, d'habitudes et d'émotions,
- Que notre responsabilité est de maintenir une communication,
- De composer avec l'hostilité du système,
- Et faire avec l'éthique de la pratique ».
-

2. La démence est un syndrome clinique caractérisé par le déclin insidieux, global et progressif de toutes les facultés intellectuelles

Le DSM IV définit le syndrome démentiel comme le développement de multiples déficits cognitifs, mémoire altérée et un ou plusieurs désordres cognitifs suivants : *aphasie*^G, *apraxie*^G, *agnosie*^G et troubles des fonctions exécutives comme les difficultés d'abstraction, de planification, de séquençage, d'initiation et d'organisation d'actions complexes. Le début progressif, un déclin cognitif continu et les déficits ne doivent pas être dus à d'autres atteintes du système nerveux.

¹ L'abréviation de MA pour alléger la lecture étant autorisée, elle sera utilisée tout au long du travail.

² Prévalence d'une maladie: rapport du nombre de cas recensés à un moment donné sur l'effectif de la population étudiée

³ DSM : Manuel Diagnostique des maladies psychiatriques

⁴ Etude PAQUID : bilan à 10 ans Ruel Malmaison Novartis 1999 « pour Personnes Agées, QUID ? » étude épidémiologique prospective

⁵ Mary Marshall : professeur émérite de l'Université de Stirling, Ecosse, Royaume Uni

3. Les anomalies neuropathologiques de la maladie d'Alzheimer provoquent la dégénérescence du cerveau dont la symptomatologie repère trois grandes phases :

La maladie d'Alzheimer présente différentes anomalies neurologiques dont les marqueurs histologiques⁶ font état de :

- *atrophie corticale* se traduisant par une baisse du poids du cerveau de 8 à 10%
- *plaques séniles* comportant une couronne de prolongements nerveux et un dépôt central de substance amyloïde, constituée d'un peptide appelé A β produit en quantité plus importante avec une insolubilité à l'origine de dépôts.
- *dégénérescences neurofibrillaires (DNF)* constituées de paires de filaments en hélice, constituées d'une protéine appelée TAU, anormalement phosphorylée envahissant les régions associatives du cerveau, entraînant la mort neuronale.
- *déplétion du cerveau en certains neuromédiateurs*, dont les principaux sont l'acétylcholine et l'acétylcholine transférase, repérés comme jouant un rôle important dans les processus mnésiques, apprentissage et attention sélective.

Des outils diagnostiques aident à la différenciation démentielle et aux trois phases de la symptomatologie :

- la 1^{ère} phase ou phase préclinique débute la maladie :
Les lésions histologiques cérébrales se constituent peu à peu, débutant dans le cortex des régions hippocampiques et s'étendant dans les zones d'association postérieure du cortex cérébral. Des signes cliniques apparaissent comme une apathie, un repli sur soi, une irritabilité, des troubles mnésiques évalués dans les centres mémoire avec les tests des 4 ou 5 mots Buschke et Dubois⁷. L'imagerie cérébrale peut déjà objectiver un début d'atrophie repérée par IRM⁸.
- la 2^{ème} phase ou phase prédémentielle pendant laquelle les déficits s'installent :
Les manifestations cliniques sont présentes et repérées au stade 3 de l'échelle GDS⁹ ou au stade 0,5 de la CDR¹⁰ avec des manques du mot ou une difficulté dans les activités complexes de la vie quotidienne bien que l'autonomie soit maintenue.
- la 3^{ème} phase ou phase démentielle :
Considérée avec 3 stades : léger, modéré et sévère qui sont évalués par le score au MMSE¹¹ en fonction de la sévérité des déficits :
 - démence légère = 20-24, restriction de l'autonomie
 - modérée = 10-19, vie indépendante aléatoire
 - sévère < 10, surveillance permanente nécessaire.

4. Le tableau clinique de la MA fait état de troubles cognitifs qui se résument comme aphaso-apraxo-agnosique et de troubles psycho-comportementaux qui modifient l'autonomie et l'image qu'a la personne d'elle-même

4.1. Les troubles cognitifs caractérisent le premier repérage de la MA

Au cours de la consultation, l'ensemble des réponses et des observations doit pouvoir mettre en évidence un ou plusieurs symptômes de la maladie, comme des :

- troubles *mnésiques*^G du latin *memor* « qui se souvient », d'où *memoria* « mémoire ».
- des troubles *aphasiques*^G du grec *phémé et phasis* « parole » et *aphasia* « impuissance à parler » d'où troubles des langages.
- des troubles *apraxiques*^G du grec *praxis* « action » ou perturbation de l'activité gestuelle.

⁶ Marqueurs histologiques : marqueurs relatifs à la spécialité médicale et biologique étudiant la structure des tissus vivants

⁷ BUSCHKE et DUBOIS : neuropsychologues ayant élaborés des tests d'évaluation mesurant les effets du processus de mémorisation

⁸ IRM : imagerie à résonance magnétique

⁹ GDS : Global détérioration scale Echelle gériatrique de dépression de 15 à 30 items fournissant des indications psycho-affective du patient

¹⁰ CRD : Clinical dementia rating est une échelle permettant de quantifier la sévérité des symptômes de démence

¹¹ MMSE : Mini Mental State Examination de FOLSTEIN version du Gréco 1998

- des troubles *gnosiques*^G du grec *gnôsis* « connaissance » dominés par le plan visuel, avec la reconnaissance d'images, d'objets, de visages et le plan viséo-spatial entraînant des désorientations.

4.1.1. Les troubles mnésiques enregistrent des déficits évoluant selon les phases de la maladie.

Deux types de mémoires sont repérés : la mémoire à court terme et la mémoire à long terme.

➤ **La mémoire à long terme** permet de rappeler une information sur des périodes vieilles de quelques minutes à quelques décennies, avec :

La mémoire épisodique^G qui peut être activée dans un contexte précis d'apprentissage (où, quand, comment), *la mémoire sémantique*^G, *la mémoire procédurale*^G longtemps préservée.

Le **phénomène d'amorçage** ou la duplication différente est un phénomène inconscient qui correspond au fait que lorsqu'on a vu ou entendu une fois une information, celle-ci ne sera plus traitée de la même façon lorsqu'on la voit ou on l'entend une deuxième fois.

➤ **La mémoire à court terme**, est la mémoire qui permet de garder à l'esprit une information limitée, le temps de l'utiliser, un numéro de téléphone par exemple. C'est une mémoire de faible capacité et très labile. Elle comprend la **mémoire de travail** qui permet de manipuler l'information avant de la restituer. Elle intervient dans de nombreuses sphères cognitives telles que la compréhension de phrases, le calcul, etc. et s'observe dans les difficultés à gérer des situations de tâches doubles.

L'évolution des troubles de la mémoire, avec une prédominance de l'atteinte de la mémoire épisodique, puis une atteinte de la mémoire sémantique, avec une préservation relative de la mémoire procédurale, peut s'expliquer par la façon dont s'étendent les DNF dans le cerveau, ces lésions gagnent d'abord les hippocampes puis s'étendent aux régions néocorticales jouant un rôle majeur dans le stockage des informations anciennes ou sémantiques, alors que le cervelet et les noyaux gris relativement épargnés sous-tendent la mémoire procédurale.

4.1.2. Les perturbations initiales caractérisent le début de la maladie et perturbent la communication

Elles sont caractérisées par les troubles des langages : *aphasie*^G et *dysorthographe*^G.

4.1.3. Les perturbations ultérieures manifestes en expression orale et de scription, ainsi que dans les gestes de la vie quotidienne pénalisent la relation

Les paraphasies^G et *paramnésies*^G deviennent plus fréquentes, l'*agraphie*^G s'installe, les troubles *praxiques*, *idéomoteurs*^G, *idéatoires*^G, *moteurs*^G, inapparents au début de la maladie sont mis en évidence lors de l'examen neurologique, les troubles gnosiques *agnosie*^G, *prosopagnosie*^G, *anosognosie*^G co-existent. Sur le plan *visuo-spatial*, les repères s'amenuisent jusqu'à se restreindre totalement, apparaissent les troubles des fonctions exécutives et du jugement.

C'est l'altération de l'ensemble des fonctions cognitives ou intellectuelles qui entraîne progressivement et dans un délai variable une perte totale de l'autonomie.

4.2. Les troubles psycho-comportementaux découlent des troubles cognitifs atteignant l'autonomie sociale de la personne MA

4.2.1. Les troubles comportementaux regroupent des manifestations physiques et mentales et se fondent sur l'existence de troubles cognitifs diminuant l'autonomie

- *L'agitation et l'agressivité* se définissent par une activité verbale ou motrice inadaptée par sa fréquence ou son décalage avec le contexte. Très fréquent, ce symptôme est largement corrélé à l'anosognosie et répond à des étiologies multiples, somatiques, psychologiques, iatrogènes ou encore environnementales.
- *L'instabilité psychomotrice* ou déambulation est considéré comme un comportement d'exploration sans but. Cette manifestation anxieuse consiste à errer en divagation.
- *L'akathisie^G* est souvent secondaire à la prise de neuroleptiques ou la conséquence d'un syndrome douloureux.
- *Les compulsions et les stéréotypies^G* sont fréquentes.

4.2.2. Les troubles affectifs, émotionnels affectent la personne et pénalisent sa sociabilité

- *Les symptômes dépressifs* font partie de la MA. L'action anti cholinergique des antidépresseurs sont évités, causant l'aggravation des troubles cognitifs.
- *L'anxiété* est présente une fois sur deux, traduite par des manifestations motrices telles qu'une déambulation incessante, des comportements stéréotypés, des fugues, une agitation vespérale, des cris, des oppositions.
- *Les états pseudo-maniaques* manifestent une sensibilité plus importante. Les traitements psychotropes et les anticholinestérasiques peuvent être à l'origine d'état euphorique transitoire associé à une désinhibition ou des interprétations délirantes.

4.2.3. L'apathie est constitutive de la pathologie

Retrouvée dans trois-quarts des cas, elle est un trouble de la motivation, et possède trois composantes: diminution de l'initiation motrice, de l'initiation cognitive, du ressenti affectif.

4.2.4. Les troubles psychotiques sont repérés dans les formes évoluées de la maladie

Leurs présences ont une valeur pronostique défavorable. On observe, selon les phases :

- *Les idées délirantes présentes dans 40% des cas.* Il s'agit souvent de convictions fausses souvent fluctuantes et enkystées, observées aux stades débutants de la MA (le vol supposé).
- *Les hallucinations visuelles et auditives isolées ou associées à des délires.* Elles sont généralement fugaces, favorisées par des troubles perceptifs, elles restent peu anxiogènes.
- *Les troubles de l'identification présents dans le quart des cas.* Ils concernent les lieux, les personnes, et font partie des stades évolués de la maladie.

4.2.5. Les troubles des fonctions instinctuelles affectent la globalité de la personne

La régulation des fonctions instinctuelles est étroitement interconnectée entre la régulation du milieu intérieur physiologique et les fonctions dites végétatives ou autonomes comme le cœur, la respiration par exemple et l'effervescence émotionnelle et motivationnelle. Les troubles du sommeil, par la fragmentation du cycle, les multiples éveils nocturnes, voire la totale insomnie et les troubles du rythme circadien comme l'inversion du rythme, des états d'hyperactivité avec anxiété à prédominance vespérale, les troubles de conduites alimentaires, constituent les principaux troubles repérés.

5. **Un bilan exploité des capacités résiduelles permet le maintien adaptif des personnes atteintes de MA**

La MA atteint la personne dans son intégrité mentale et son identité. La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 7 à 20 ans et reste très hétérogène. Une définition symptomatologique n'a qu'un intérêt très relatif, seul, le bilan des capacités perdues et de celles qui sont conservées importent dans la prise en charge, afin de maintenir la meilleure

adaptation possible des patients. R.GIL nous rappelle « qu'il importe de noter que les affects restent présents jusqu'à la fin de la maladie. Ils sont la permanence de l'humain dans le désert de l'esprit, véhiculant la base d'une communication toujours à préserver ». Ces affects, cette communication participent à l'image que la personne a d'elle-même, image fortement dévaluée par son entrée en EHPAD¹², image qui se déstructure peu à peu, outre l'anosognosie dont elle peut souffrir, la personne âgée atteinte de MA semble avoir des moments de lucidité qui augmente l'angoisse par l'absence de repères.

Le tableau clinique introduit ces aspects capacitaires, l'objectif de cette étude est de travailler sur ces possibilités dans un but et avec un cadre thérapeutique. Je nomme les ressources sensibles de la personne atteinte de MA, or ces ressources sont humainement poussées par le « bon », « le beau » et quelquefois « le bien ». Ainsi, se pose le postulat que cette faculté pourrait être favorisée par une stimulation esthétique.

B. L'ART EST UNE MODALITE PRIVILEGIEE D'EXPRESSION UTILISANT LE MONDE SENSIBLE DE L'ETRE HUMAIN, LA PERSONNE AGEE ATTEINTE DE MA PEUT BENEFICIER DE L'ART-THERAPIE ET FAVORISER SON EXPRESSION ARTISTIQUE

1. L'Art est l'un des fondements de notre culture

Si l'œuvre d'Art n'a pas d'utilité car conçue sans le but de servir à quelque chose, elle imprime en nous des images qui sont l'un des fondements de notre culture. Un regard est porté sur l'Art d'hier à aujourd'hui.

1.1. L'Art dans l'Antiquité nous montre l'élévation de l'homme vers le monde divin

Platon considère l'Art comme un fauteur d'illusion, il condamne la « mimesis », simple copie et simulacre et avec elle les artistes. Aristote réhabilite la « mimesis » comme une quête du vrai qui imite et purifie. « L'Art est la faculté de produire du vrai avec réflexion » il ajoute que « la beauté réside dans l'étendue et dans l'ordre » tendant vers une purgation thérapeutique avec la « catharsis ». Plotin trouve que l'Art sublime les beautés naturelles et en fait une manifestation d'une beauté intelligible.

L'Art est un langage universel permettant de communiquer des émotions ou des expériences profondes au delà des mots, cette expression dépasse les frontières et les siècles. L'Art est produit par ses œuvres, discernons ce qu'en pensaient les anciens attribuant à l'Art une dimension presque divine.

Jusqu'au XVIII^e siècle, l'Art n'est considéré que comme une technique, l'artiste est homme de l'Art au même titre que l'artisan. C'est Léonard de Vinci qui proclame la peinture comme une « chose mentale » avec une dignité supérieure, faisant ainsi naître la philosophie de l'Art.

1.2. L'Art aujourd'hui nous présente une dimension plus humaine

« L'Art contemporain ... est un effacement ... du contenu intentionnel de l'œuvre devant le contenant, celui-ci suffisant pour affirmer qu'il s'agit d'Art »¹³ voici l'extrême de la position de l'œuvre d'Art contemporaine. Pas de caractère esthétique dans l'appréciation de l'œuvre, c'est une affaire de goût. Pour extrêmes que soient les productions artistiques qui couvrent nos espaces de vie ou nos lieux d'expositions, l'Art s'est infiltré dans tous les champs offerts à nos perceptions, sonores, visuels, gustatifs, etc... Cette propension à se mêler à notre quotidien a

¹² EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

¹³ Anne CAUQUELIN : *L'art contemporain* – éd. Que sais-je chez PUF – p 68

donné à l'Art, une propriété d'accessibilité, voire de tendre vers une appropriation personnelle que nous nous ferions de son domaine. Chacun est artiste de ses ouvrages. Du plus laid au plus beau, tout est affaire de goût. J'y vois surtout une affaire d'expression, or nous avons souligné combien l'expression relevait du registre de l'Art. Nous sommes tous artistes de nos expressions, et la qualité que nous ne pourvoyons pas, n'influe pas sur la prodigalité.

1.3. L'œuvre d'Art présente trois particularités

L'Art présente ses œuvres génératrices de beauté qui n'ont d'autre but que d'exister par elles-mêmes, elles sont à différencier de l'ouvrage de l'artisan qui a un but et une utilité. L'œuvre d'Art prend naissance par les savoirs de l'être humain, s'en détache par le goût de l'artiste et s'affirme par son style. Cette production artistique, est une passerelle à double sens, entre le monde intérieur et la réalité extérieure de l'artiste, elle s'offre à notre regard et notre sensibilité.

1.4. L'Art et la médecine ont une influence l'un sur l'autre

L'homme de Neandertal officie le culte de ses morts avec floraison et ocre rouge, l'Homo sapiens, fabrique des bijoux, orne ses outils et les os, Cro-Magnon célèbre le culte de la féminité, le paléolithique voit apparaître le chamanisme avec sur ses peintures rupestres des totems à tête d'oiseau ou des sexes érigés, des fétiches à clous. Le Néolithique connaît la domestication des animaux, la culture des plantes et des prémices de religion, se succédant avec les dolmens et menhirs. On retrouve des crânes trépanés et cicatrisés, des tatouages médicaux. L'Art est un moyen de communiquer avec les esprits, il devient le rituel indispensable.

Regardons, Babylone, avec ses traités de médecine artistiques englobant la magie, l'Égypte dont la mythologie trace des dieux à tête d'animaux, ou des scènes de chirurgie, l'Inde et ses chakras, la Grèce aux corps parfaits, où Aristote observe les effets du théâtre comme un purgatif qui purifie l'esprit, HIPPOCRATE qui sort la médecine de la magie et écrit le serment dont il est l'éponyme, le Moyen Âge où l'astronomie dit influencer les organes, où les maladies psychiques sont dites proies du démon et nécessitent l'exorcisme, où les monstruosité des épidémies ressurgissent dans les peintures, la Renaissance qui glorifie par la peinture et la sculpture le supplice de la crucifixion, FREUD qui étudie les mythes, l'Art et la médecine sont complices, immortalisés dans toutes les représentations visuelles et auditives.

L'Art contemplé a des effets bénéfiques sur les malades, pourtant l'Art à cet endroit n'est pas actif, ce sont ses effets qui agissent sur eux. Une autre modalité d'interaction entre l'Art et la médecine se retrouve lorsque l'Art devient actif, lorsqu'il devient activité artistique et transporte l'esprit du malade avec pulsion. Lorsque cette pulsion est vécue avec mesure et positivement, elle transporte et améliore la qualité existentielle. Il est à noter cependant que l'Art peut avoir des effets pathogènes comme en témoigne la sidération.

L'Art est aussi générateur de lien entre les hommes, par une intention supérieure qui concerne l'âme à la recherche du bonheur. L'homme va ainsi chercher une activité harmonieuse à son corps et son esprit. Il est aussi lien par le choc sensoriel qui anime l'activité spirituelle et rapproche l'humain de l'autre, créant un élan et rompant l'isolement.

2. **L'activité artistique est une activité réfléchie entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'homme qui favorise son pouvoir expressif**

2.1. L'Art est un acte volontaire dirigé vers l'esthétisme pour et par l'esthésie

L'Art est une expression qui a pour seul but d'exister, sans avoir une finalité particulière, sinon d'offrir de l'esthétique. Or, la notion d'esthétique répond à la recherche d'équilibre entre le fond et la forme, je cite E. BURKE qui résume l'esthétique classique comme « la beauté

résulterait d'une harmonie qui plait à la raison »¹⁴, c'est la « nature qualitative de la fonction sensible des choses du monde¹⁵ », il s'agit bien là d'une démarche volontaire. L'esthétique se manifeste par une qualité neuro-psycho-physiologique révélée par le plaisir ou le déplaisir. Cette qualification que nous donnons à l'Art se complète d'une autre portée, celle de l'esthésie. Nathalie Heinich¹⁶ distingue le premier aspect, soit l'esthétique comme relevant de l'évaluation objective quand à la plastique d'une œuvre, le second, soit l'esthésie étant relatif à l'effet subjectif produit sur les sens, communément appelé le « corps physique ». Le critère esthétique étant repéré comme « le Beau », le critère esthésique fait lui, référence au ressenti « le Bon ».

2.2. L'Art est une activité d'expression qui favorise la communication par ses effets relationnels

L'impression captée et ressentie par l'esthétique ou le « Beau » est traitée chimiquement et mécaniquement par le cerveau. Les mécanismes neurophysiologiques engramment les informations sensorielles et les transforment en connaissances, les classifient à des fins d'exploitation. Une impression ressentie provoque ainsi une réaction, lorsqu'elle aborde les connaissances engrammées, et par réflexion, s'instaure entre la nouvelle impression et les connaissances déjà acquises ; R.FORESTIER nous parle de « Re-connaissance »¹⁷. Cette impression est évaluée par le cerveau, donnant une qualité de sensation comme agréable ou désagréable, plaisir ou déplaisir, et entraîne une volonté d'extériorisation ; il nous rappelle que « la production des choses esthétiques est l'Art de la beauté, or aborder l'Art, c'est aborder l'expression... A l'expression d'intériorisation des choses extérieures à l'homme, il faut associer l'activité d'extériorisation des choses intérieures à l'homme... en cela, l'Art est bien une activité privilégiée d'expression de la qualité existentielle de l'homme... si toute activité d'extériorisation est expression, l'Art est une activité expressive »¹⁸.

Cette activité expressive qu'est l'Art, s'offre aux regards extérieurs, nous l'appellerons le traitement mondain. Qu'elle soit exposée au regard du thérapeute dans le cadre contenant de l'atelier pour une plus grande sécurité ou exposée au regard extérieur, de la famille par exemple, au risque de montrer un peu de son intimité, la production artistique entraîne, et nous l'avons précédemment expliqué, une réaction qui se transforme en expression à visée communicante entre êtres vivants. Appréciée ou rejetée, elle implique donc une réponse aux stimuli occasionnés. Que le contemplateur soit amateur ou esthète, que la production soit Art d'agrément ou de la beauté, la captation peut être différente entre le contemplateur et l'artiste, et la réflexion pourra être sensorielle ou intellectuelle, le rayonnement sera donc différent selon chacun et suscitera des répliques diverses : nous cheminons ainsi vers la relation.

3. **L'écriture est l'illustration d'un savoir faire expressif : les connaissances, les repères et la mémoire sont nécessaires à ce savoir-faire**

3.1. Les mécanismes de l'écriture sont neuropsychologiques en lien avec l'opération artistique

L'écriture est un geste moteur qui nécessite l'intégrité des sensibilités et de la motricité, avec une organisation mettant en jeu les compétences de l'activité gestuelle ou motricité fine. C'est une activité de type praxique et visuo constructive avec une importante activité de spatialisation, de gauche à droite et de haut en bas. C'est une pratique qui fait appel à la mémorisation des signes et des gestes qui permettent la formation de ceux-ci. Telles sont les conditions qui permettent à l'écriture de mettre en œuvre la fonction langagière qu'elle représente et à laquelle il convient d'ajouter ses dimensions motivationnelle et

¹⁴ Edmond BURKE : *Saint Augustin, De Ordine* de II, 15, 42

¹⁵ Richard FORESTIER : *L'art occidental* – éd. Favre - p 225

¹⁶ Nathalie HEINICH : sociologue spécialiste de l'art contemporain – *L'art contemporain exposé aux rejets* – Hermès n° 20 Paris 1996

¹⁷ Richard FORESTIER : *L'art occidental* – éd. Favre – p166

¹⁸ Richard FORESTIER : *L'art occidental* – éd. Favre – p 163

émotionnelle. L'écriture permet de représenter ce qu'un individu veut dire par des signes conventionnels qui s'inscrivent dans l'espace, elle est réalisée par la main dominante ou plus habile ; elle acquiert ainsi des particularités de réalisation d'un individu à l'autre qui se stabilisent et permettent de la reconnaître comme le son d'une voix.

Nous avons vu précédemment dans §4.1.3 que la maladie d'Alzheimer observe une agraphie, dite lexicale (de surface ou orthographique) ne pouvant orthographier les mots qu'à partir de leur prononciation, ce qui explique la difficulté qu'ont les malades à écrire des mots irréguliers. Les multiples sites lésionnels (temporal gauche) en sont la cause.

A cet endroit, l'Art-thérapie, en s'appuyant sur l'opération artistique, stimule les capacités de la personne et sollicite les sens non perturbés. Ce sont : l'intérêt visuel par l'application de couleurs et de formes sur des lettrines, les sensations tactiles pour les fonds avec des matières papier ou tissus, l'odorat avec le parfum des encres, peintures, l'odeur de la colle, l'audition au-delà du fond sonore choisi, les multiples sonorités des outils. Puis avec l'utilisation de ces outils quelques fois détournés, comme des tampons mousse en guise d'instruments traceurs, il réveille ainsi l'intention de la personne, afin de favoriser une action puis une production dans la sphère de ses possibilités. Cela est présenté lors des études de cas relatées dans le chapitre II.

3.2. L'écriture est une modalité d'expression composée d'un fond et d'une forme

De par son étymologie, le mot écriture étend sa signification à toute forme de représentation intentionnelle d'images ou de signes. Le mot écrire vient du latin « *scribere* », lui-même formé à partir de la racine indo-européenne « *ker* » ou « *sker* », rattachée à la notion de coupure ou d'incision. Ecrire reviendrait alors à fixer tout concept au moyen de signes gravés ou caractères.

Alain REY¹⁹ parle de « gratter ». Il dit que le verbe « écrire » apparaît au sens de tracer pour « peindre, dessiner », « mettre par écrit ». Il semble alors intéressant de retenir :

- le sens de « tracer, dessiner, peindre » directement lié aux Arts plastiques
- le sens « d'écrire à quelqu'un » lié à l'Art postal
- le sens « inscrire d'une manière durable » lié à la perte de mémoire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il est opportun de repérer les dimensions actuelles de l'écriture, pour distinguer l'acte de « scription » et de calligraphie soit la forme de l'écriture, et le contenu de cette scription avec le texte écrit, comme le fond. L'art-thérapeute peut ainsi privilégier le fond ou la forme de l'écriture selon les capacités de la personne prise en charge, utilisant soit l'écriture soit le texte dit.

3.3. La calligraphie et le bel écrit sont des médiateurs artistiques

La calligraphie est une spécificité artistique. Le mot calligraphie, étymologiquement formé des radicaux grec « *kálos* » « beau » et « *gráphein* » « écrire » est l'art de bien former les caractères de l'écriture. La pratique de la calligraphie latine est traditionnellement associée à la copie de manuscrits par les moines chrétiens. Aujourd'hui, l'enseignement de l'écriture est réduit, le traitement de texte l'ont faite disparaître de la vie courante. Cependant, la calligraphie reste le lieu d'une recherche graphique plus qu'active aujourd'hui, avec l'apparition de nouveaux styles, comme « l'écriture gestuelle », l'utilisation d'outils scripteurs fabriqués comme par exemple le folded pen²⁰ et l'utilisation de techniques

¹⁹ Alain REY : linguiste et lexicographe français

²⁰ Folded pen : outil de fabrication artisanale ressemblant au tire-ligne, consistant à bloquer l'encre entre 2 lamelles de métal découpé dans une boîte de Coca-Cola par exemple et qui est appelé Cola-pen.

mixtes. De nos jours, la calligraphie est présente partout autour de nous, dans la publicité, les logos, l'Art postal sur les enveloppes et sur les murs avec les graffitis.

Révélant ses caractéristiques fondamentales (rythme, rapport au corps, lisibilité, sens) l'étude et la pratique de la calligraphie constituent une base essentielle, permettant l'intégration des notions et des gestes indispensables à toutes formes de création future, loin de se limiter à la simple copie, l'art de la belle écriture se libère peu à peu. Ainsi cette discipline intègre-t-elle les tendances et techniques de création graphique contemporaine.

4. L'Art postal allie la calligraphie aux Arts plastiques et peut participer au maintien de l'autonomie résiduelle des personnes atteintes de MA en favorisant leur expression artistique

4.1. Les Arts plastiques sont une activité d'expression

« L'Art du beau étant un domaine, les Arts faisant appel à des techniques, nous pouvons conclure que les arts plastiques sont le domaine de l'art dans lequel sont appliquées des techniques »²¹. L'expression « Arts plastiques » trouve son origine du grec « *plassein* » « former », pour désigner toute forme artistique agissant sur la matière en évoquant des formes, des représentations, utilisant divers médias et techniques artistiques. Le terme serait introduit au XVIII^e siècle par KANT, qui inscrit cette discipline dans la tradition philosophique en l'identifiant aux arts de la forme. Les Arts plastiques sont une activité non-verbale artistique qui peut être pratiquée sans avoir recours au langage des mots et peut ainsi favoriser l'expression de personnes en difficulté avec cette modalité de communication. La plupart des techniques utilisées sont simples et l'utilisation d'outils familiers détournés peut répondre aux limitations pratiques de ces personnes. La peinture, le collage, le graphisme sollicitent des sens spécifiques. L'utilisation de plusieurs organes sensoriels comme la vue, l'ouïe et le toucher sont sollicités. La vue considère les formes et les couleurs, l'ouïe considère les sons que provoque l'utilisation des outils et des supports, le toucher provoque des sensations différentes selon les matériaux utilisés, doux, rugueux, soyeux, lisses, secs, humides ... Ces sensations provoquent des réactions impliquant des mécanismes de pensées particuliers qui conduisent la personne à émettre des choix implicites ou non. Ces choix sont une étape sur le chemin de la prise de décision et conduisent à maintenir ou reconstruire l'autonomie. Ces troubles de la fonction exécutive sont détournés par l'art-thérapeute qui favorise le plaisir du patient dans son choix et tend ainsi vers le geste approprié. L'utilisation de l'Art postal en Art-thérapie est riche de diversités plastiques qui favorisent l'expression des sens et des émotions réveillées par ces sens. Les couleurs pastels sont particulièrement prisées par les patients atteints de MA, couleurs douces comme des caresses qui viennent effleurer leur conscience et apportent un peu de répit dans leur quotidien fait d'agressions ressenties par les absences cognitives.

4.2. L'Art postal est né d'un besoin de communication

L'Art postal ou Art posté, appelé mondialement « Mail Art » est une forme d'art utilisant les éléments de la correspondance postale avec un mélange de diverses disciplines artistiques. Ce terme recouvre l'ensemble des créations artistiques voyageant à découvert par la poste, comportant une adresse et un titre de transport ou timbre oblitéré.

Les premières décorations au pochoir et au tampon apparaissent sur le feuillet externe des plis de correspondances au milieu du XVIII^{ème} siècle, puis des ornements de guirlandes florales, des frises unies ou bicolores, ce sont les prémices de l'Art postal.

²¹ Richard Forestier : *L'art occidental* – éd. Favre – page 94

L'Art postal est donc né d'un besoin de communication, pour faire passer des idées. La pratique du Mail art commence avec le début de la carte postale en Autriche au XIX^e siècle, du timbre en Angleterre en 1840, puis en France en 1848.

Les illustrations à découvert restent exceptionnelles, certains plis, de soldats notamment se parent de beaux en-têtes dessinés ou peints. Apparaissent les correspondances officielles, commerciales ou maritimes qui valorisent leur appartenance par d'artistiques créations.

C'est à partir de 1840, année de la création mondiale du timbre-poste par les anglais, que les postes britanniques innovent et font imprimer des enveloppes à motif allégorique, nommées « Mulready » éponyme de l'artiste William qui en réalise l'illustration. Elle avait pour but de favoriser les avantages des services postaux dans tous les pays du monde. Les autorités postales britanniques créèrent le port payé. Ce fut une période où la correspondance illustrée servit à véhiculer des idées parodiques politiques. Fort heureusement, le retrait de la Mulready et la fin de la parodie directe n'a pas mis fin au développement du concept. De petites enveloppes ornées furent vendues dans le commerce, elles furent appelées « les Valentines ». L'origine de ce nom viendrait de la coutume d'échanger des présents entre amoureux à l'occasion de la fête des Brandons, que l'on perpétue aujourd'hui sous le nom de la Saint-Valentin. La pratique se généralise, multipliant les créations et les supports. La période romantique se manifeste avec la tendance à la fioriture, aux décors d'oiseaux, de petites scènes champêtres, et à l'utilisation de tissus et de dentelles.

Les premiers dessins sur enveloppes apparaissent en France dès 1880, avec des illustrations au crayon, à la plume, au pinceau, et s'accompagne de dessins humoristiques pour les enfants. Quelques enveloppes intègrent le timbre et l'adresse dans de petits tableaux. Souvent réalisées par des amateurs, ces enveloppes artistiques prennent une envolée avec l'arrivée d'artistes reconnus et des illustrations peintes et des caricatures tracées à la plume. Ces enveloppes se raréfient dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et la carte postale illustrée en 1900 les supplante.

Pendant la seconde guerre mondiale, de nombreux soldats et marins décorent leurs lettres, qui transitent par fer, mer et air. Parallèlement, quelques artistes ou personnalités tels que Apollinaire²² ou Marcel Duchamp²³ décorent leurs courriers qui deviennent des supports expressifs réputés. Les années 60 officialisent la naissance de ce mouvement artistique.

L'Art postal est une expression de lien, c'est une mémoire en tant que trace, une manifestation poétique qui porte une symbolique de don à l'autre. L'œuvre réalisée exposée à autrui, est confiée à l'inconnu pour transport, puis elle disparaît pour ne jamais réapparaître aux yeux du concepteur. Une fois reçue, porteuse de l'esthétique et des émotions éprouvés, elle termine sa destinée dans l'inconscient, dans un portefeuille, un sac, un tiroir, un placard, une boîte ou ... une corbeille.

L'Art postal porte la symbolique de l'éphémère, du transitoire, c'est aussi l'expression d'une dynamique, d'un élan vers l'autre.

Et ce besoin de communication trouve son expression auprès du besoin d'existence, de reconnaissance, du besoin relationnel, affectif, des patients atteints de MA. Un besoin d'impliquer l'autre dans le plaisir procuré par la pratique artistique et le plaisir du rapprochement humain avec l'autre pendant la séance d'art-thérapie. L'autre que représente l'art-thérapeute qui partage ici et maintenant le plaisir artistique et l'autre à qui s'adresse l'œuvre en cours, puisque le temps n'a que la valeur du moment vécu par le patient. Nait

²² Guillaume APOLLINAIRE : écrivain français 1892-1918 invente le « calligramme » qui est une contraction de « calli » pour calligraphie et « gramme » pour idéogramme, alliant ainsi l'imagination visuelle à celle portée par les mots dans une poésie graphique. Il est le précurseur du surréalisme.

²³ Marcel DUCHAMP : peintre plasticien et homme de lettres de l'art contemporain 1887-1968 dont l'esthétique a révolutionné la conception académique de l'art.

ainsi la notion de « se faire plaisir ou faire plaisir »²⁴ dans ce qui va gratifier la détermination de l'orientation artistique. Ce plaisir qui procure une sensation agréable et recherchée, est un mouvement plaisant qui transporte, qui puise ses racines dans la motivation et qui tend vers la joie qui se partage.

4.3. Les techniques utilisées sont multiples, adaptables et sources de créativité

Par le biais de l'expression plastique, les ressentis prennent forme. Supports et matériaux les plus variés peuvent servir de prétexte à ces correspondances ludiques. L'Art postal développe une combinaison de mises en pratique avec des outils adaptés pour la personne, des praxies inventées par et avec elle, selon ses capacités et avec son monde émotionnel. Au-delà des techniques traditionnelles de peinture et de collage, est utilisé tout objet de récupération. Les compositions se nourrissent d'imaginations créatives. Sur Internet, «Mail-Art Accros the World²⁵» propose d'allier la calligraphie, vecteur par excellence de la communication écrite, au mail-art classique.

4.4. Mes pratiques artistiques s'adaptent aux capacités des personnes MA

L'originalité de l'Art-thérapie est d'utiliser l'Art dans un objectif de soin, l'art-thérapeute dispose d'une ou plusieurs compétences artistiques qu'il adapte en fonction de l'intérêt, des capacités et des besoins du patient. L'Art que je propose, se veut source de plaisir pour participer à la santé de la personne et s'appuie sur les intérêts que la personne fait jaillir de sa sensibilité. Mon répertoire technique étant la calligraphie, j'ouvre cette pratique à toutes les disciplines qui concernent l'écriture dite fond et forme, l'Art de la belle écriture, la calligraphie latine, contemporaine, « *La calligraphie est une géométrie de l'âme, qui se manifeste physiquement* » disait Platon, l'Art de l'écriture texte, poésie, nouvelles, récits, l'Art du texte dit : poésie, scénette de théâtre...

J'utilise la couleur, la texture, le monde sonore, pour répondre aux besoins de la personne. Le toucher thérapeutique, toucher de soutien, de nourriture, de contenance offre un espace transitionnel propre à l'impression et à la création, pour des personnes sensible à l'extéroception^G et souffrant d'un stade sévère de la maladie. *Il est une amorce expressionnelle, qui fut largement révélée lors de la prise en soin art-thérapeutique de Madame D.*

Grâce à ces Arts, la personne prise en charge peut s'exprimer, mimer, dire, écrire, peindre ses états d'âme, ouvrir le monde de l'imaginaire, du merveilleux, personnaliser sa présence, exister. Et c'est avec le hasard d'un courrier arrivé dans les mains d'une résidente, que j'adoptais ces techniques à l'Art postal, qui tout en favorisant l'expression de leur humanité, tend vers une communication, une relation riche de gratification pour la personne déficiente.

4.5. Les activités de l'Art postal font appel à des techniques non verbales qui peuvent favoriser l'expression des personnes prises en charge

4.5.1. Les capacités gnosiques résiduelles des personnes atteintes de MA sont repérées et peuvent être sollicitées par l'Art postal

L'utilisation de ces potentialités est une source d'appui pour tendre vers une démarche thérapeutique dans le cadre de la prise en charge. Seront donc sollicités :

- a - la *préservation des mnésies anciennes et procédurales*
- b - la *compréhension de consignes* simples et courtes
- c - la *praxie « sensorielle »* ou présentant un intérêt pour les sens,
- d - le *repérage* des objets, couleurs, formes, qui stimule l'intérêt et la reconnaissance
- e - *l'émotivité et l'affectivité* pour tendre vers une activité ou un projet immédiat.

²⁴ Richard Forestier : « tout savoir sur l'art Occidental » - éd. Favre - p.20

²⁵ Mail-Art Accros the World / projet co-associatif d'art postal entre 4 pays européens créé en 2005

Les techniques plastiques de l'Art postal se prêtent aux objectifs convoités, en favorisant des expressions sensorielles diversifiées, une expression émotive voire affective dans le lien, elles assurent un cadre et rassurent avec des repérages simples et possibles pour la personne:

a - la sollicitation d'un souvenir par une image, l'appui d'une réception postale, l'utilisation du mouchoir pour essuyer l'eau qui déborde, de la cuillère pour écraser le sable dans la colle sur l'enveloppe, le timbre à coller, l'enveloppe à fermer, sont autant de repères de la mémoire procédurale qui favorisent des pratiques usuelles,

b - accompagner le geste qui montre la consigne brève, le nommer, comme prendre le tampon entre les 2 doigts à 2 mains (celle du patient et de l'art-thérapeute) pour impulser un mouvement et poser la couleur dans le cadre,

c et d - sentir l'odeur de la peinture, de la colle, toucher le papier, le tissu, les outils, la caresse des poils du pinceau, sa petite largeur, la douceur de l'éponge, le mouillé de la tache sur la table, allonger le bras pour atteindre le bord de l'enveloppe, faire l'effort musculaire pour tirer en avant la main sur le dessin et réussir à tracer une empreinte. Etre rassuré par le repérage de l'enveloppe toujours même rituel,

e - mettre en couleur l'émotion ressentie devant l'image qui évoque le jardin des souvenirs d'enfance, donner cette couleur à celui ou celle à qui on envoie sa production, répandre l'humeur du moment, le temps du jour pour partager un lien avec celui ou celle à qui le courrier s'adresse, parce que le temps n'existe pas pour l'envoi, seul subsiste le moment présent celui du ressenti immédiat. Toutes ces possibilités ludiques et émotionnelles de la personne atteinte de MA sont préservées : le rire parce que le soleil sur le papier est bien jaune et chaud et qu'il est synonyme de bonheur, parce que les animaux qui nous attendrissent sur le bord de l'enveloppe sont bien le reflet de ceux qui étaient à la maison, parce que le prénom des enfants est de la couleur du moment ou de la couleur qu'il ou elle aime tant, parce que la tâche de peinture où l'on trempe le doigt est devenue un cœur de fleur énorme, parce que la feuille d'automne qui bruisse sur l'enveloppe est comme celle que l'on ramassait dans la cour de récréation pour la coller sur le cahier de classe, et s'émerveiller devant la réalisation achevée et la trouver si belle !

Alors tout devient possible pendant la séance d'art-thérapie, et les liens tracés que la personne atteinte de MA tisse avec celui ou celle qu'il aime et à qui il s'adresse, sont une caresse sur le cœur, un souffle de bonheur dans les pensées qui s'habillent un moment de douceur, et un grand répit sur les angoisses qui assaillent le vide des pensées. La personne sait, comprend, image la relation physique avec l'autre par l'aspect matériel du lien.

4.5.2. Les bénéfices recueillis sont favorisés par la production rapide d'une réalisation

Les productions faisant appel à des gestes spontanés de la part des patients, il s'ensuit une floraison de formes, couleurs, matières qui donnent un aspect esthétique rapide.

Dans l'accompagnement art-thérapeutique de personnes ayant un diagnostic avancé de la maladie, l'utilisation du tampon et des couleurs facilitent l'expression du ressenti sans entraver l'esthétique de la réalisation, la praxie étant soit fortement ralentie soit inexistante de façon autonome chez la personne au diagnostic sévère, l'effet procuré par « l'impression » du tampon illustre immanquablement une représentation sentie par elle. L'ordonnance n'ayant aucune importance dans l'organisation de l'enveloppe, un rattrapage éventuel pour ajouter l'adresse n'offre aucune contrainte spatiale, elle devient même source de créativité, ou si l'organisation spatiale ne répond plus à une bonne lisibilité de destination, l'art-thérapeute devient alors le metteur en scène qui valorisera l'œuvre par un habillage adéquat. La liberté de mouvement est ainsi favorisée sur un espace qui offre cependant la contrainte du cadre, et c'est un repère à la fois spatial, visuel et temporel qui s'inscrit dans la compréhension thérapeutique du moment.

C. L'ART-THERAPIE EST L'EXPLOITATION DU POTENTIEL ARTISTIQUE DANS UNE VISEE HUMANITAIRE ET THERAPEUTIQUE ET S'INSCRIT DANS UN PROCESSUS DE SOINS

1. L'Art-thérapie implique l'Art dans un processus de soin

1.1. L'Art n'a pas de vertu curative, son application thérapeutique en fait un soin

L'Art n'est pas un soin, pourtant il soulage. « L'Art permet d'établir une sorte de compensation... il m'apporte une forme d'équilibre affectif et intellectuel, une profonde joie intérieure, qui me manquerait autrement » ainsi s'exprime Jean-Pierre CHANGEUX²⁶. Les anciens utilisaient la catharsis pour libérer les souffrances humaines, les religions ont transcrits comme purgatoires les peintures et sculptures au long des siècles, puis les asiles du XIX^{ème} siècle ont cherché à distraire les aliénés en préconisant la comédie comme moyen curatif de l'aliénation de l'esprit. Un précurseur, le Marquis de Sade, fait répéter les acteurs en mélangeant infirmiers et malades mentaux. Cependant l'Art importe peu, seule la finalité d'extraire la personne de la folie par tous les moyens, motive l'action. Les psychiatres de l'époque comme Leuret, Pinel, Esquirol favorisent l'activité artistique ou artisanale, mais sans livraison mondaine. L'expression est ainsi favorisée aux fins de décharger les tensions, ou d'occuper en rééduquant, mais la thérapie est absente.

L'Art n'est qu'une activité d'expression, or nous voyons que cette expression soulage, mais c'est l'utilisation thérapeutique de cette expression dans le processus de l'activité artistique qui entraîne le changement. La thérapeutique, du grec « *therapeuein* » signifie soigner, il s'agit d'une partie de la médecine qui étudie et applique un traitement. Parler d'utilisation thérapeutique est donner un cadre, répondre à un protocole, appliquer des mesures en vue d'obtenir un soulagement. Utiliser l'Art pour soigner est une réponse où l'Art prend la place du verbal, allier l'Art à un savoir médical et paramédical devient un projet de soin où « l'homme Objet de souffrance devient Sujet de son inspiration »²⁷

1.2. L'Art-thérapie s'adresse à des personnes souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation, en visant la partie saine de la personne

L'art-thérapeute travaille dans une vision globale de la personne, il traite les conséquences de la maladie, du handicap, de la pénalité, causes de souffrance.

L'originalité de l'Art-thérapie est d'utiliser l'Art comme processeur thérapeutique. Son objectif est de rétablir un mieux-être, et pour ce faire utilise les sens actifs de la personne. Cette démarche tend vers une poussée dynamique et expressive qui entraîne la vie, à des fins d'extériorisation pour une communication partagée. Peu à peu la personne s'engage dans un projet artistique, éprouve du plaisir esthétique, revigore ses capacités, s'engage dans un processus relationnel. L'amélioration d'une qualité existentielle s'installe menant vers un mieux-être, puis un bien-être.

1.3. La prise en charge en Art-thérapie s'inscrit dans une prise en charge globale au sein d'une équipe pluridisciplinaire

1.3.1. La prise en charge répond à une indication médicale

Les indications émanent du médecin, du personnel de santé, de l'acteur social selon le contexte avec l'accord de la personne. Elles répondent au(x) besoin(s) de la personne dans un objectif de mieux être et s'intègrent aux préconisations de soins.

1.3.2. L'Art-thérapie répond à un protocole de soin

²⁶ Jean-Pierre CHANGEUX : article paru dans l' « Edition » du 04.05.03 d'Emmanuel de Roux reprise de *Du vrai, du beau, du bien* – éd. Odile Jacob

²⁷ Jean-Pierre KLEIN : *l'art-thérapie* – éd. Que sais-je chez PUF – p 124

Le projet de soins et le projet de vie sont les deux axes majeurs de l'accompagnement des personnes institutionnalisées. L'Art-thérapie s'inscrit dans cette démarche avec le partenariat de l'équipe et propose la rigueur d'un savoir paramédical avec la discipline d'une prise en charge qui répond à un objectif thérapeutique, à des moyens adaptés, avec une évaluation continue et un bilan.

1.3.3. Une hypothèse de stratégie thérapeutique est instaurée dans ce protocole

La stratégie thérapeutique est l'organisation d'objectifs adaptés à une fin dans le registre du soin. L'art-thérapeute aide l'intention, l'action et la production de la personne et pour maîtriser les phénomènes provoqués, observe et analyse ce qui agit sur les mécanismes humains pour atteindre l'objectif défini.

Dans le cadre de prises en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'art-thérapeute intervient sur les étapes du processus thérapeutique, en favorisant :

- les repères identitaires pour prendre conscience de soi
- l'expression et le ressenti des émotions pour devenir acteur sujet
- les prises de décisions pour s'affirmer et avoir confiance en soi
- et valorise les résultats esthétiques pour augmenter l'estime de soi.

2. **L'Art-thérapie vise un objectif thérapeutique avec une méthodologie spécifique confirmée par l'évaluation**

L'Art-thérapie utilise le phénomène artistique, et dispose d'outils spécifiques.

2.1. L'Art-thérapie s'appuie sur l'opération artistique²⁸ pour analyser les mécanismes défailants

Outil principal de l'art-thérapeute, elle permet de comprendre les mécanismes mis en œuvre dans l'activité artistique. L'analyse de son observation résume le phénomène artistique dont les conclusions serviront à atteindre les objectifs fixés comme protocole de la stratégie thérapeutique.

L'opération artistique est initiée par l'avant considérant que l'Art est avant nous, puis l'œuvre d'Art ou chose artistique du monde, existant en tant que tel par elle-même et pour elle-même : phase ❶

Cette opération devient un ensemble organisé de l'activité artistique. Elle déroule le rayonnement et la captation d'une chose extérieure : phase ❷ comme réaction des capteurs sensoriels

Le traitement archaïque est une première conduite neurologique de l'information : c'est la phase ❸, puis le traitement sophistiqué de celle-ci comme une activité mentale propre à la personnalité de chacun : phase ❹ lieu des émotions et du domaine de la psychologie

Elle se traduit par une action illustrée par une poussée corporelle ou l'élan, passant ainsi de l'impression à l'expression vers un acte volontaire dirigé : phase ❺ ou poussée corporelle permettant un acte volontaire orienté vers l'esthétique. Le « 5' » est un acte contemplatif tout à la fois actif et passif puisque sans production artistique

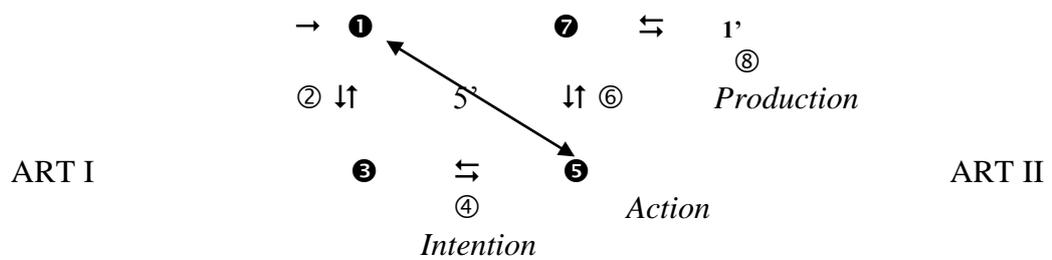
La technique et le savoir faire pour mettre en œuvre, sont dans la phase ❻

La production artistique est le résultat des mises en œuvre : phase ❼

Son exposition la donne à voir au monde, elle est appelée traitement mondain : phase ❽

L'œuvre d'Art ainsi produite devient à son tour un accident spatio-temporel « 1' » renvoyant à la phase ❶, et ainsi de suite.

²⁸ Les différentes phases de l'opération artistique par Richard FORESTIER – AFRATAPEM – Ecole de Tours



L'ART I correspond au geste archaïque et non intentionnel, l'ART II met en œuvre le geste ordonné avec ses pratiques et techniques pour produire l'œuvre d'Art.

Au regard de l'**Opération artistique**, nous repérons les pénalités qui atteignent la personne. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, ces pénalités se situent dans le traitement archaïque de l'information, c'est le traitement des mécanismes neurovégétatifs et neurologiques ③ et leur engrammage au niveau du corps physique et de l'activité mentale ④. C'est le traitement sophistiqué avec une répercussion qui occasionne des troubles psychologiques enraillant l'élan corporel de la phase ⑤. Ces mécanismes défaillants constituent les sites d'action. La stratégie thérapeutique détermine une cible afin de contourner la défaillance. Nous privilégierons l'impression et travaillerons avec les capteurs ou organes sensoriels, la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher ② et une entrée dans la phase ③ pour son impact sensoriel, afin de susciter l'intention.

2.2. La fiche d'ouverture situe l'état de base de la personne avec un objectif général

L'anamnèse de la personne livre un « état de base » prenant en compte les données médicales, personnelles, familiales et sociales, nous permettant de comprendre ses difficultés et besoins. Avec un objectif général s'intégrant dans les attentes du projet de soin, la fiche d'ouverture prend en compte les faisceaux d'items particuliers à la personne.

2.3. La stratégie thérapeutique vise l'objectif général et s'articule autour d'objectifs intermédiaires individualisés

La stratégie thérapeutique est un ensemble organisé ou protocole illustré par la topologie de l'analyse, comme un cheminement thérapeutique. Elle s'inscrit dans la logique du projet de soin. Elle consiste à réaliser un certain nombre d'actions en séquence, la décision de procéder à une nouvelle action étant déterminée à la fois par les résultats des actions précédentes et l'état de la personne. La localisation de situations particulières appelées sites d'action permettra à l'art-thérapeute d'assigner des objectifs intermédiaires qui seront les relais de l'objectif général.

2.4. La fiche d'observation mémorise les informations recueillies et les objective par des items choisis et évalués

L'observation est la principale information de l'art-thérapeute, son recueil permet l'évaluation et le suivi thérapeutique. La fiche d'observation est individualisée et traite les faisceaux d'items et des items repérés pour chaque patient en lien avec les objectifs assignés. L'item est considéré comme le plus petit fait observable dans le comportement d'une personne. Le faisceau d'items est l'ensemble de plusieurs items réunis donnant une traduction de ce comportement. Ces items sont retenus dans une classification qui permet de les évaluer. Cette appréciation est objectivée par la rigueur de l'observation.

2.5. L'évaluation est constante tout au long de la prise en charge

L'appréciation continue de la prise en charge est une observation clinique. L'évaluation porte sur le relevé et la comparaison des mesures du même item ou faisceau d'items pendant la prise en charge, de manière objective. Cet examen est porté sur les fiches d'observation et vient étayer le report des faits remarquables.

2.6. La fiche de clôture est le bilan de la prise en charge et le relai à l'équipe soignante

Elle synthétise la prise en charge, les résultats et limites, souligne les faits remarquables, les resituant dans la dynamique de la prise en charge pour la compréhension de la démarche thérapeutique et de son suivi.

DEUXIEME PARTIE : LA PRATIQUE

II – UNE PRATIQUE D'ART-THERAPIE EST EFFECTUEE EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES ACCUEILLANT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES APPARENTES

A. L'INSTITUTION SAINT JOSEPH EST UNE STRUCTURE A HAUTEUR HUMAINE ET CONVIVIALE

1. La présentation de la structure et son équipe est un préalable à la rencontre des patients

Le stage de 140h dans le cadre du Diplôme Universitaire d'art-thérapie est à l'origine de cette étude, suivi d'une action bénévole qui se poursuit à ce jour.

1.1. L'établissement Saint Joseph est une petite structure

Devenue EHPAD en 2004, la résidence Saint Joseph est une structure médicalisée avec une gestion associative « AIR PLAGE ». Située sur la commune d'Arcachon, elle bénéficie d'un accès facile et d'un environnement privilégié.

Cette structure accueille aujourd'hui des résidents permanents (30 en 2010) et un accueil temporaire (10 en 2009) dans le but de favoriser le soutien à domicile, une vingtaine de personnes la journée (60% de la population accueillie en 2009) pour une adaptation à la collectivité et un maintien de lien social. Habilitée à l'aide sociale, elle reçoit des personnes âgées ayant des ressources insuffisantes pour prétendre à une maison de retraite. Le GIR Moyen Pondéré²⁹ est de 678, avec des dépendances physiques, psychiques et physiques/psychiques.

1.2. L'équipe pluridisciplinaire est au service de la personne âgée dépendante

L'équipe composée de personnel médical, paramédical, logistique, administratif, sous la responsabilité de la Directrice de l'EHPAD représente 18 ETP³⁰ soit :

- 1 directrice et 1 secrétaire

²⁹ GMP : GIR Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré est un niveau moyen de dépendance déterminant le niveau des moyens à la structure d'accueil

³⁰ ETP : l'« équivalent temps plein » est une donnée de temps de travail

- 1 médecin coordonnateur et 1 psychologue tous deux à 0,20 ETP
- 2 IDE - infirmière diplômée d'état
- 5 AS - aides soignantes
- 6 ASL - agents de services logistiques
- 2 AMP - aide médico-psychologique
- 1 agent d'entretien

Le médecin coordonnateur chargé de la surveillance médicale de l'établissement, donne son avis sur les admissions, se prononce sur l'excuse et les transferts, il définit avec l'équipe soignante les priorités de soins, facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, et contribue avec la directrice de l'établissement à la formation gériatrique continue du personnel. Cette mission de surveillance exclut le traitement direct des maladies, assurée par le médecin traitant.

Les infirmières assurent plusieurs rôles : les soins, la gestion de la pharmacie et des médicaments, le suivi quotidien de l'état de santé, les troubles inhérents aux multi-pathologies, l'incontinence souvent majeure, la désorientation très présente chez beaucoup de personnes génératrice d'anxiété, les liens avec les médecins libéraux, les paramédicaux et les familles.

Les aides soignants et AMP, en lien avec les infirmières assurent les soins d'hygiène et de confort, et participent aux repas thérapeutiques et aux animations.

1.3. Les projets d'établissement, de vie, de soins structurent l'activité de l'établissement

- Le projet d'établissement s'appuie sur une réglementation, des recommandations et le respect des bonnes pratiques, des référentiels conformes aux exigences légales fixent le cap et donne le sens à l'action. Les valeurs fondatrices reposent sur les statuts de l'association : soulager la douleur physique et morale, accompagner la personne, sont les priorités de ce projet.

Une démarche qualité est instaurée depuis 1999 avec enquêtes de satisfaction auprès des résidents et familles. Une accréditation est prévue en 2012 par l'ANAES³¹.

- Les projets de vie et les actions visent à maintenir l'autonomie de la personne comme être unique et particulier, en ouvrant son univers au monde extérieur.

- Les projets de soins s'articulent autour de l'autonomie, assurer le bien-être et le confort aux résidents. L'accompagnement en fin de vie a pour finalité, le confort physique, psychique et le relais de présence auprès de la personne et de la famille. Une évaluation régulière avec les rédactions de procédures sont mises en place.

2. L'Etablissement s'inscrit dans un partenariat de réseau

Des orientations diversifiées, souples et adaptées répondent aux besoins des patients et de leur entourage. La mesure 6 du Plan Alzheimer 2008 – 2012³² prévoit un renforcement de l'offre de service de soins adaptés, en s'appuyant sur de nouveaux professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation, prenant en compte les aidants familiaux (89% sont un membre de la famille). La prise en considération du rôle essentiel joué par les aidants est un point crucial pour favoriser le maintien à domicile. Le service d'accueil de jour et les lits d'hébergement temporaire de Saint Joseph sont des formules de répit constituant les facteurs clés du soutien aux aidants. La personne dépendante accueillie à la journée soulage sa famille, et profite des services de soins et de stimulations de Saint Joseph. Un partenariat

³¹ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

³² Plan Alzheimer 2008-2012 - Mesure 6: « Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnel spécialisé »

est signé avec le SSIAD³³ territorial. Les bénéfices du lien social retrouvé pour la personne dépendante et sa famille, sont une réponse qualitative de la pertinence de ce partenariat.

3. Les personnes accueillies ont des spécificités liées à leur dépendance

L'accueil des personnes dépendantes nécessitent des soins nombreux, une démarche thérapeutique constante, ce, au regard des dépendances classées par la grille AGGIR³⁴ : 57% des personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer et de démences apparentées, de troubles du comportement, de syndromes dépressifs, de handicaps physiques, ostéoporose, polyarthrose, suites de chutes, d'hypertension, d'hyperthyroïdie, de problèmes cardiaques.

4. Des activités variées ponctuent le rythme des journées et maintiennent les personnes dans une sollicitation régulière

Les activités occupationnelles sont quotidiennes. Elles donnent un intérêt supplémentaire et un but dans cette nouvelle vie. Elles reprennent les concepts de la stimulation cognitive³⁵. C'est le maintien de la continuité de la vie et des liens avec l'extérieur. Elles se déroulent dans le séjour et regroupent l'ensemble des personnes âgées. Elles peuvent être physiques (promenades, sorties organisées), créatives (atelier de peinture « Couleurs » décoration, activités à thèmes), récréatives (loto, jeu divers), culturelles (jeu de mots...) et sont animées par les aides soignantes et aides médico-psychologiques.

B. LA PRATIQUE D'ART-THERAPIE S'ELABORE AUTOUR D'UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE SPECIFIQUE A CHAQUE PRISE EN CHARGE

1. Les traitements et les prises en charge de la maladie d'Alzheimer sont précoces et dirigés vers le patient et son entourage

1.1 Les traitements symptomatiques sont conçus en 2 grands types de traitement

1.1.1 Le traitement des troubles cognitifs sont proposés dans les formes légères et modérées de la maladie

Les molécules utilisées à des fins d'inhibition de l'acétylcholine estérase sont au nombre de quatre : le donépézil (Aricept®), la rivastigmine (Exélon®), la gamantine (Reminyl®) et la memantine (Ebixa®) avec des modes d'actions proches. Ces médicaments améliorent de façon significative les performances cognitives, mémoire, langage et comportement ; il est à noter cependant, des effets indésirables, notamment de ressort digestif.

1.1.2 Le traitement des troubles psycho-comportementaux sont proposés dans les formes plus avancées de la maladie

Ces traitements sont prépondérants à la prise charge globale de la personne dans son environnement pour une approche systémique et relève d'un avis spécialisé.

1.2 Les traitements étiologiques³⁶ sont des traitements d'avenir

³³ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

³⁴ AGGIR : « Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource » est une grille décrivant la perte d'autonomie et mesurant le niveau de soins de base nécessaire à la prise en charge de cette perte d'autonomie

³⁵ La stimulation cognitive : approche pédagogique globale : cognitive, psychologique et sociale née dans les années 1980 pour la prise en charge des troubles de la cognition associés à l'âge et aux pathologies neuro-dégénératives

³⁶ Traitement étiologique : qui traite la cause d'un symptôme

Les travaux scientifiques sont nombreux, les dernières découvertes ouvrent des perspectives nouvelles, mais aucun médicament ne permet aujourd'hui d'enrayer la maladie.

1.3 Les prises en charges non-médicamenteuses préservent l'autonomie du patient en respectant sa dignité

Les prises en charge vont donner lieu à l'élaboration d'un projet individuel dont les objectifs principaux sont de redonner confiance, renarcissiser, redonner du plaisir, tenter de préserver l'autonomie. Des réponses diversifiées sont proposées en institution, aux patients diagnostiqués à des stades modérés et sévères.

1.3.1 Les psychothérapies sont nombreuses : analytique, systémique, comportementaliste, à médiation, et de soutien

- Le savoir-faire du thérapeute-analyste vise à créer un climat transférentiel, pour évacuer la souffrance, ne serait-ce que ponctuellement.
- Dans une approche systémique, la maladie entraîne un dysfonctionnement entre les différents membres de la famille, le thérapeute aide le groupe à se structurer.
- L'approche comportementaliste se base sur l'analyse du comportement du patient et son conditionnement par l'environnement, elle est orientée vers les problèmes du quotidien.
- Les approches à médiation et de soutien tendent vers une renarcissisation de la personne permettant de libérer l'énergie vitale.

1.3.2 Les sociothérapies et stimulations cognitives s'appuient sur les activités quotidiennes

Elles visent à une reprise de confiance en soi, une stimulation permettant un réinvestissement possible de la vie relationnelle et de l'autonomie. L'approche cognitive vise à faciliter l'apprentissage, exploiter les capacités mnésiques préservées, réduire l'impact des déficits cognitifs, ces stimulations sont proposées sous forme d'ateliers. Assurées en institution, elles ont des limites à l'individualité.

1.3.3. L'art-thérapie est une discipline paramédicale qui utilise l'art comme processeur thérapeutique et vise le maintien de l'autonomie résiduelle

Elle s'adresse à toute personne souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation, donc des personnes atteintes de la MA. Elle utilise donc l'art comme processeur dans un cadre thérapeutique avec un protocole codifié et assure une prise en charge de la personne dans sa globalité.

2. L'intervention en Art-thérapie a un cadre thérapeutique

Un cadre thérapeutique est défini, avec un rythme de séance, des lieux et des objectifs, les moyens et la méthode relevant de ma pratique d'intervention.

- La fréquence est hebdomadaire, le jeudi à des horaires définis pour un rituel garant du cadre : le matin avec un atelier collectif d'une heure à 1 ½ h pour des personnes souffrant de démence légère et/ou présentant des troubles comportementaux apparentés ou non à la maladie d'Alzheimer, l'après-midi avec des prises en charge individuelles de 15 à 45 mn pour des personnes ayant été diagnostiquées.
- Des lieux sont désignés : le salon de la cheminée est réservé à l'atelier collectif du matin, avec le double objectif d'offrir un espace calme aux résidents indiqués pour ce suivi thérapeutique et l'opportunité de multiplier les zones d'activités sur le site de l'établissement. Les prises en charge individuelles, sont assurées dans une petite pièce jouxtant l'infirmierie et le secrétariat ; d'une superficie de 7m², elle est située au rez-de-chaussée, elle est d'un accès facile et repérable pour tous les résidents. Dénommée « Atelier » pour faciliter les repérages spatiaux temporels des personnes, elle est signalée par

une affiche calligraphiée colorée arc-en-ciel, thématique graphique reprise ensuite pour tout affichage d'Art-thérapie exclusivement.

- Les objectifs généraux de prise en charge s'inscrivent dans le projet d'établissement et les projets de soin, à savoir le maintien de l'autonomie, et sont individualisés.
- Les moyens sont des applications d'Arts plastiques : peinture, collage, écriture, calligraphie et quelques registres sonores.
- La méthode décline des situations variées applicables aux spécificités des personnes, sous forme de situation ou de jeu, thérapeutique, dirigé, semi-dirigé ou ouvert.

3. Les indications de prise en charge émanent du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante

L'Art-thérapie est présentée à l'équipe médicale. Des indications sont données par le médecin coordonnateur et par des suggestions de l'équipe soignante. Quelques personnes furent proposées, leurs dossiers en partie consultables sur le logiciel « Médicor ».

4. L'étude des pathologies de chaque patient atteint de MA est le préalable aux prises en charge dans un objectif global de soin

Dans le premier chapitre, sont présentés les atteintes de la maladie d'Alzheimer : troubles de la mémoire, du langage, syndromes dysexécutifs et comportementaux qui altèrent la capacité à exprimer l'autonomie. La relation avec l'entourage est compromise par la maladie, le trouble de la mémoire déconstruit le parcours identitaire. La collaboration de l'équipe soignante prend ici toute sa dimension pour m'inscrire dans le projet de soins et répondre aux besoins de la personne.

5. Les temps d'observation initient les prises en charge, avec une définition de l'état de base de chaque personne, un objectif et une hypothèse de travail

L'ensemble des pathologies présentant des disparités, il est nécessaire de repérer les pénalités et difficultés, les besoins de chaque personne, ses potentialités aussi, les aptitudes gestuelles, caractérielles, intellectuelles et enfin artistiques ou esthétiques. Ma participation aux animations de journées permet de partager des moments récréatifs, de repérer les goûts de chacun, de créer un début de lien. Avec chaque personne et le relai de l'équipe soignante, j'enregistrais les repères nécessaires pour engager des prises en charge et constituer des fiches d'ouverture préalables au suivi art-thérapeutique.

L'hypothèse de travail est construite sur l'objectif général. Elle s'inscrit dans les projets de l'Etablissement et les attentes des projets de soins. Les visées intermédiaires s'appuient sur le choix d'une pratique artistique qui répond à l'intérêt esthétique de la personne. La possibilité de tendre vers un projet enrichit l'intérêt que porte le patient à l'activité artistique.

6. Un atelier d'Art-thérapie est mis en place pour des personnes atteintes de troubles apparentés ou de MA a un stade léger

Les indications médicales repèrent quelques personnes ayant des troubles comportementaux apparentés ou non à la maladie d'Alzheimer. Il n'y eut pas de prescription médicale ou invitation personnelle proposée. Je présentais donc cet atelier comme non obligatoire, et source de plaisir pour aller bien.

Les objectifs généraux thérapeutiques de chaque prise en charge furent de retrouver une saveur existentielle pour chacun, avec des objectifs intermédiaires ciblés et individualisés pour maintenir leurs capacités cognitives, réduire l'apathie et réveiller le relationnel.

Les Arts furent proposés en fonction des intérêts de chacun : écriture prose, calligraphie, calligramme, peinture, coloriage, collage, histoire racontées.

Le calendrier d'accueil de jour, et les départs de résidents modifièrent l'organisation initiale, l'atelier dura sept mois jusqu'à la fin du stage pratique, avec des suivis individualisés et évalués.

7. L'art-thérapeute propose et organise des séances individuelles pour les personnes qui justifient une prise en charge spécifique

Les personnes ayant une maladie d'Alzheimer diagnostiquée à un stade repéré plus avancé, furent prises en charge individuellement, sur des séances de 15 à 45mn.

C. OBSERVATION CLINIQUE DE DEUX PRISES EN CHARGE INDIVIDUELLES DE PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LES FORMES AVANCEES

1. La cible thérapeutique des prises en charge est la consolidation des capacités existantes pour un maintien de l'autonomie

Faisant référence à la Loi 2002³⁷ R. GIL nous rappelle que « La prise en charge du malade n'est plus aujourd'hui fondée sur le principe de bienfaisance, suspect de paternalisme, elle est d'abord fondée sur le principe d'autonomie... et qu'une autonomie, même mutilée par la maladie, ne saurait dispenser de rechercher toujours la participation du malade aux choix qui le concernent ...»³⁸

1.1. L'image qu'a la personne d'elle-même est altérée par les échecs répétés

Entourée de mouvements, de bruits, qu'elle ne comprend pas ou peu, la personne atteinte de MA s'angoisse facilement, très sensible à son environnement, elle est déstabilisée par le moindre changement, lieu, rythme, personnel, tout est source d'agression. Elle se replie sur elle-même, dernier rempart contre l'adversité extérieure, et fait naître l'ennui et l'isolement. Parce qu'elle se perd sur le trajet, parce qu'elle répond à côté de la question, ou qu'elle sollicite soudainement une présence, elle freine l'élan des autres résidents vers elle. Parce qu'elle ne sait plus se décider, parce qu'elle ne comprend plus la consigne, elle subit le vide de sa propre incompréhension et garde comme jalon, la vacance qui grandit autour et en elle. Parce qu'elle ne se souvient plus d'hier et de son histoire, elle oublie ce avec quoi elle s'est construite. L'image qu'a la personne d'elle-même se dévalue à hauteur du regard que les autres portent sur elle, et s'aggrave d'une considération propre qui s'altère avec le temps et les pertes quotidiennes.

1.2. La perte d'identité et la dévalorisation entraîne une souffrance psychique qui génère un manque de confiance en soi

Les troubles mnésiques qui altèrent les souvenirs jusqu'à l'effacement progressif de l'identité, et la perte de son estime de soi s'installent et entraînent un mal être ressenti de manière globale, diffuse, une souffrance mentale qui submerge peu à peu la personne. Le terme de souffrance est issu du latin « *sub-ferre* » qui signifie « porter en dessous » c'est un fardeau qui écrase et génère un sentiment dépressif. L'insécurité engendrée par la perte de repères temporels, spatiaux, augmente l'angoisse. La confiance en soi s'amenuise, disparaît jusqu'à la dévalorisation, influant sur le rôle social que la personne ne veut et ne peut plus tenir.

³⁷ Loi du 4 mars 2002 : chapitre II - Droits et responsabilités des usagers.

³⁸ R. GIL : *Le point de vue du neurologue*. Neurologie Psychiatrie Gériatrie 10(59) : 193-196. Octobre 2010.

1.3. Le corps devient armure ou désolation

Ce qui caractérise la personne âgée, de surcroît atteinte de MA, est avant tout la polyopathie avec une déficience des organes et les risques iatrogéniques qui en découlent. La douleur s'apparente au ressenti physique et la souffrance au ressenti psychologique. L'expression de la douleur est fonction de la personnalité de chacun. David Le Breton³⁹, écrivait que « la douleur n'est pas seulement un fait physiologique, mais d'abord un fait d'existence ». C'est une expérience individuelle et subjective dont l'évaluation ne se limite pas à celle de son intensité ; elle implique la physiopathologie, l'histoire, la culture de la personne et impacte sur sa qualité de vie.

La personne atteinte de MA perçoit cette douleur, l'exprime ou ne peut pas l'exprimer. Elle peut se murer dans une apparente insensibilité physique et psychique et résister à la douleur. Sous neuroleptiques la tolérance s'accroît. Son corps devient l'armure de ses ressentis négatifs. Elle peut devenir démissionnaire de sa vie et prendre une attitude d'abandon et de désolation. Lorsque la personne ne peut pas communiquer, les échelles d'hétéro-évaluation⁴⁰ et l'observation comportementale sont les seules propositions praticables. Elles sont d'autant plus importantes, que leur absence au moment opportun peut occasionner l'aggravation, l'accident, ou le passage à l'acte. Suicides et « fausses routes » ont encore de tristes records. L'émotion s'éprouve physiquement et s'inscrit dans le corps, il peut en résulter une somatisation. Les systèmes nerveux, respiratoire, circulatoire, lymphatique, musculaire, digestif... sont impliqués dans le soma de tout individu.

1.4. Toute production artistique est une expression permettant d'affirmer son identité

Lorsque qu'une personne âgée, malade, trouve l'impulsion pour tracer, peindre, coller, créer, c'est qu'elle désire vivre. C'est avec son instinct qu'elle insuffle les formes et les couleurs qui habillent le projet. Ces œuvres réalisées, copiées, créées, ont la teneur de leur vécu, la singularité de leur personnalité, la grandeur de leurs émotions, elles impriment leur vie un instant retrouvée, revendiquée, affirmée, leur « être » enfin, et le droit à l'existence.

1.5. La revalorisation de soi passe par l'affirmation, la confiance, l'estime de soi

Dans l'activité artistique, la recherche de beauté et d'esthétique produit des sensations positives au corps physique. Le ressenti corporel insuffle l'organisation motrice pour faire et faire bien. Il s'en suit une poussée corporelle bénéfique à la personne. Il en est de même dans l'activité mentale, la personne s'affirme en réalisant une œuvre qu'elle évalue belle, prend confiance en elle pour la personnaliser.

L'estime de soi est une attitude de respect envers soi-même et de contentement de soi basé sur la reconnaissance de nos capacités et sur l'acceptation de nos limites. En art-thérapie, cette revalorisation peut se mettre en place au fil du temps : la personne affirme sa présence avec la répétition de gestes positifs, constructifs, et réussis. Avoir confiance, c'est avant tout apprivoiser la confiance de l'autre pour se donner confiance et prendre confiance en soi. C'est prendre conscience de ses capacités. Tout acte réussi, si infime soit-il est une victoire qui augmente la confiance en soi de la personne prise en charge. Porter un regard différent sur soi devient possible, puisque valorisé par l'autre, les autres, ce regard aguerri de confiance en soi augmente l'estime de soi, la personne est digne d'intérêt, c'est une forme de dignité.

³⁹ David Le Breton : anthropologue et sociologue français, spécialiste des représentations et des mises en jeu du corps humain, notamment dans les conduites à risques

⁴⁰ Echelles d'hétéro-évaluation : EVA (E. Visuelle Analogique est une règlette de 10 cm), EN (E. permettant de coter la douleur entre 0 et 10), EVS (E. Verbale Simple avec des qualificatifs hiérarchisés de nul à extrême) QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine qui mesurent les composantes sensori-discriminatives et affectives de la douleur et l'Echelle DOLOPLUS d'évaluation quantitative.

1.6. Une prise en charge en art-thérapie peut permettre de développer certains actes autonomes

La dépendance entraîne la personne dans l'escalade d'une destitution, de son statut d'adulte. Le résultat en est une souffrance puis une démission que la rend encore plus dépendante, car où trouver l'énergie de formuler des demandes, si elle doit les multiplier pour obtenir satisfaction ? Pendant la séance d'art-thérapie, la personne a le temps de prendre son temps, de se tromper, d'hésiter, de ne pas savoir. Alors, elle trouve la ressource pour oser, s'affirmer, et décider. Faire des choix, si petits et simples soient-ils, c'est faire des actes autonomes, c'est retrouver des procédures, des habiletés, des savoirs tout simplement.

J'ai choisi de présenter les études de cas de deux personnes atteintes différemment par la maladie, et de personnalités distinctes. Elles seront appelées Madame Aude et Madame Line.

2. L'attitude physique de Mme Aude attire l'attention et suscite une prise en charge

2.1. L'anamnèse ne livre pas d'informations probantes, Mme Aude étant reçue en accueil de jour, il n'existe pas de dossier spécifique

Il n'y a pas d'anamnèse médicale. Seul, le GIR est enregistré à 2.

Le relevé de l'histoire de vie de Madame Aude est restreint. Elle est entrée en accueil de jour le 15.07.2008. Elle a 81 ans, est mariée, a trois enfants, deux filles et un garçon qui vit à l'étranger. Elle bénéficie d'un environnement familial stable, elle habite sur la commune depuis la retraite de son conjoint, après une vie citadine qu'elle semblait beaucoup apprécier. Elle aurait occupé un poste administratif à responsabilité dans un centre d'orientation professionnelle. Sa vie sociale est riche, source de culture et de divertissements. Elle dispose d'une éducation et d'une culture raffinées.

2.2. Plusieurs séances sont nécessaires à la mise en place d'un état de base

Madame Aude est signalée par une aide soignante. Son attitude est prostrée, elle ne participe pas aux animations journalières, et accepte tous déplacements sans réaction n'émettant aucun avis, choix ou préférence. Elle adopte un comportement calme avec des réactions cohérentes et adaptées et peut se fermer à la relation si elle est contrariée. Elle apprécie la musique douce, les Arts en général, elle aime les couleurs mais les confond. La prise en charge commence le 4 mars 2010.

A la 1^{ère} séance Madame Aude a un comportement très inhibé, le regard fuyant. Elle est réceptive au fond sonore de la pièce, ce sont des chants d'oiseaux, ils serviront de repère spatial et temporel jusqu'à l'été pour être proposé au choix avec d'autres fonds sonores ou musiques, ensuite. Les séances 2 à 3 servent à définir l'état de base de la stratégie thérapeutique. L'expression est timide, la communication également. L'agraphie est repérée. Il faut solliciter Madame Aude tout au long de la séance pour la mettre en confiance, la stimuler, maintenir une attention, l'encourager. Ce sera une conduite constante tout au long de cette prise en charge, avec des réponses variables. C'est l'un des facteurs clés qui participera à l'amélioration de ces troubles.

2.3. Les pénalités repérées dans l'attitude de Mme Aude altèrent sa posture physique et psychologique

L'évaluation s'appuie sur l'équipe médicale. Mme Aude présente une pathologie de type Alzheimer dont les symptômes sont traités. Elle souffre de cholestérol. Située au niveau 2 de la grille AGGIR, elle assure partiellement ce qui concerne l'alimentation, l'élimination et les déplacements. Les pertes cognitives altèrent la mémorisation, auxquelles se greffent des troubles des fonctions instrumentales dites exécutives dans la DSM IV, à savoir des troubles du langage, des fonctions visuospatiales, praxiques, et gnosiques.

Sa mémoire est altérée

Madame Aude perd ses souvenirs, cependant son comportement tait cette amnésie. « Elle donne le change » dit l'équipe. Il est difficile de repérer l'absence de souvenirs. Bergson nous dit que « Conscience signifie d'abord mémoire ». La mémoire est cette aptitude à se souvenir et à se reconnaître dans le présent, c'est le résultat de notre histoire et la racine de notre avenir. La mémoire est multiple et nécessite le traitement conscient et inconscient des informations reçues par les organes sensoriels, puis l'enregistrement de ces informations, enfin la capacité à retrouver ces données. Au déficit d'encodage, de consolidation et de la récupération des souvenirs, s'ajoute une incapacité d'acquisition ou d'évocation des souvenirs, or, dans la démence d'Alzheimer, l'amnésie *rétrograde*^G s'étend et dissout progressivement des tranches du passé de plus en plus anciens. Les repères autobiographiques de la personne s'évanouissent jusqu'à la perte de son identité. La mémoire de travail, immédiate ou à court terme est sensible à la pathologie : aux capacités d'apprentissage qui s'effondrent, la réalisation d'une double tâche devient inopérante.

Un ralentissement idéo-moteur avec apraxie et agraphie est localisé

Madame Aude bouge les parties de son corps lentement. Les deux premières séances ont permis de repérer une agraphie presque totale. Les troubles praxiques relèvent de la défaillance gestuelle. Il s'agit de « mouvements adaptés à un but » selon la dénomination reprise par R.GIL⁴¹ qui présentent trois formes d'apraxie : l'*apraxie idéomotrice*^G repérée chez Mme Aude qui ne peut ébaucher un geste affectif de départ, l'*apraxie idéatoire*^G qui empêche l'usage d'outils scripteurs (pendant les séances suivantes, ont été trouvés des brosses, tampons, plateau pour peinture, pour faciliter l'utilisation des couleurs) et l'*apraxie motrice (innervatoire) ou trouble kinesthésique* qui est une difficulté à réaliser des mouvements fins et successifs, Mme Aude n'apprécie pas la correspondance entre l'ouverture des doigts et le tampon qui s'aplatit sous la pression.

Mme Aude manifeste une paraphasie

Sa fluence verbale se limite, en voici une explication. Mme Aude se tait fréquemment après avoir débuté une phrase, il n'y a plus de concordance entre sa pensée et sa formulation langagière. Cette perturbation est appelée aphasie *anémique*. Mme Aude formule un mot pour un autre, souvent dans le cas d'un souvenir vivace et affectif. Cette *paraphasie d'ordre sémantique* relève d'un désordre de la première articulation du langage. Il s'agit d'un mot émis ayant un lien avec le mot recherché, ce lien peut être d'ordre de la relation classificatoire et/ou associatif ou de la relation propositionnelle et/ou d'attribut.

Les troubles spatiaux temporels restreignent son autonomie

⁴¹ R.GIL : Professeur de neurologie Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers et chef de service de neurologie au CHU de Poitiers

Le repérage dans le temps et l'espace n'est plus représentatif pour Mme Aude. Elle suit le mouvement avec docilité. Ces manquements quotidiens sont les premiers à être remarqués par l'environnement immédiat.

Des troubles psycho-comportementaux sont présents

Des symptômes d'allure dépressive sont observés dans l'attitude comportementale de Mme Aude, un retrait social, un désintérêt, une faible réactivité aux stimulations extérieures et aux animations de la journée, ces comportements contribuent à une apathie. L'apathie est un trouble de la motivation qui possède trois composantes : une diminution de l'initiation motrice, de l'initiation cognitive et du ressenti affectif.

2.4. La stratégie thérapeutique s'appuie sur l'opération artistique et ce qui fonctionne chez Mme Aude

La proprioception^G de Mme Aude est affectée, sa praxie limitée, le traitement archaïque de l'information minimisé. Les sens sont opérants.

L'opération artistique repère une défaillance dans le ⑤ ou le traitement archaïque, le ⑤ où la poussée corporelle est rompue, il y a perte de confiance en soi et perturbation de l'estime personnelle.

- *L'objectif général* porte donc sur une renarcissisation pour retrouver une qualité existentielle.

- *Les objectifs intermédiaires* visent les capacités expressionnelles et l'implication

- *L'intérêt artistique* se mobilise sur la peinture, l'attrait des couleurs et l'esthétique

L'intérêt artistique de Madame Aude est probant. Elle apprécie les couleurs. Elle a participé à un atelier peinture une fois pendant lequel elle a occupé l'espace physique et temporel et semble avoir apprécié. Elle avait utilisé les gros pinceaux proposés, et coloré une feuille avec des tons vifs et dynamiques

- *L'attention est portée sur la captation* pour favoriser une stimulation, une intention. Elle capte avec plaisir le ② ou le rayonnement des tableaux que nous regardons. Je devine des expressions à peine perceptibles sur son visage, qui demanderaient à s'épanouir. J'utilisais donc sa propension à être stimulée sensoriellement pour favoriser une intention et sollicitais des réactions.

- *Les faisceaux d'items* et les items sur l'expression, la communication, les choix et les capacités d'initiatives sont cotés de 1 à 5.

2.5. La méthode s'appuie sur des situations thérapeutiques, semi- dirigées à ouvertes

Elle laisse à Madame Aude, la possibilité d'exprimer, de réaliser, d'illustrer son imaginaire ou son quotidien.

2.6. Le déroulement des séances s'adapte aux capacités praxiques de Mme Aude permettant d'optimiser sa confiance en elle

Les séances ont un rythme hebdomadaire, le jeudi après-midi et durent de 30 à 45 minutes. Chaque nouvelle rencontre fait l'objet de rituels, présentation, reconnaissance. Madame Aude semble être contente de me voir. Elle me suit sans observation à l'atelier, s'installe dans le fauteuil, attend, regarde autour d'elle, semble caresser l'espace artistique. Elle prend confiance, son regard devient plus attentif, elle me regarde, essai de discourir sur les choses de la vie, son humeur s'améliore. Les débuts de séances s'appuient sur la contemplation d'ouvrages d'art, classiques, contemporains, éclectiques. La suite s'articule autour de petites productions de

peinture à l'aide de pinceaux plats et de gouache délayée. Ses productions reprennent les thématiques sans copie des illustrations qu'elle a aimées. Elle les trouve belles.

A la 4^{ème} séance elle essaie de commenter avec des phrases courtes et cohérentes les tableaux regardés, et fait des efforts pour réaliser avec mon aide, un soleil avec du jaune et du rouge, nous sommes au printemps, la journée est belle et chaude, à la fin de la séance elle dit « c'est bon ». A partir de cette séance, nous sommes en avril, l'expression émotionnelle est repérable. La communication s'installe, elle me regarde 3 à 5 fois, elle verbalise peu, de façon sensée. Une relation limitée s'installe. Dès lors, je l'invite à me regarder, à se redresser, cette demande s'inscrit dans la permanence de la prise en charge dès que le besoin s'en fait sentir.

La 6^{ème} séance marque le premier fait marquant. Madame Aude est calme, des tremblements du chef sont présents. Elle affectionne le rouge, ses ongles sont souvent peints. Dans les pots de peinture, j'ai placé une gouache rouge avec des paillettes dorées, cette couleur sera présente à chaque séance. Elle repère la couleur, le scintillement sous la lumière, elle dirige sa main vers elle, je lui tends un pinceau, elle fait des « tâches » de couleur sur la feuille. Je les appelle coquelicots, elle sourit, nous chantonons « gentil coquelicot, Madame » elle se souvient des paroles, entonne un peu, continue la peinture ! Elle quitte l'atelier avec le sourire, et quelque chose de changé dans son attitude physique. L'appréciation passe à 3 sur les faisceaux d'items, confortée par la même auto-évaluation.

A partir de la séance 7, une aide aux gestes *centrés* dans un cadre sur la feuille permet de poser quelques repères spatiaux, ce en veillant à ne pas entamer une boucle d'inhibition si le geste déborde, auquel cas la méthode thérapeutique quitte le registre de la « situation thérapeutique » pour glisser sur le « jeu » auquel Madame Aude se prête volontiers. L'objectif général de renarcissisation reste présent pour chaque nouvelle intervention. Les stimulations artistiques de tableaux semblent moins nécessaires, je commence les séances en lui présentant sa production précédente, tout en la valorisant. L'implication artistique devient présente.

Séance 9 nouveau fait remarquable, elle parle peu mais précisément de ses filles, son mari, leurs prénoms, leurs couleurs, et choisit spontanément les couleurs jaune et bleu pour la première fois. Elle réalise une production sur la mer et les bateaux. L'expression devenue manifeste à la séance 8, s'affirme dès la 10, avec une communication plus nombreuse, sensée et une implication relationnelle qui devient cordiale. L'émission de choix qui balbutiait passe de 2 à 5 fois par séance. Elle dira en fin de séance sa satisfaction (Bon 4). Son attitude corporelle change, elle se redresse, regarde plus droit. Bien qu'agraphique, je repère qu'elle reconnaît les lettres. J'utilise cette aptitude pour appuyer ces productions des prénoms de sa famille, prétexte à la mémoire autobiographique, pour la fête du muguet, des pères, puis de la kermesse, où nous traçons à deux mains son prénom en arc-en-ciel avec collage de pétales de roses. L'œuvre sera encadrée, exposée à la kermesse de fin d'année, puis gardée chez elle. Sa satisfaction fut telle que son auto-évaluation du Beau et du Bon sera à 4. Il est à noter que Madame Aude est une personne modérée, retenue, son naturel est la réserve.

2.7. L'expression des émotions suscitées par l'activité puis la production artistique s'inscrit positivement dans l'attitude corporelle de Mme Aude pendant et après les séances.

Les séances suivantes jusqu'à la séance 15 stabilisent les acquis. Madame Aude met des mots sur ses sensations, celles du toucher ou de vision, elle passe de la sensation à

l'émotion, on dirait qu'une synesthésie de formes et de couleurs lui est accessible, peut-être est-ce une faculté ou l'effet d'une médication. L'atelier sonore et de couleur s'enrichit de matériaux, métal, carton, coton, tissus, éponge... Dès lors, nous utiliserons le tampon pour peindre, presque à chaque séance. Madame Aude aime la chaleur, les couleurs gaies, la douceur, l'ordre et verbalise, parle de « l'ordre des choses », d'amour, de rire, d'enfants. L'expression est ainsi révélée jusqu'à la séance 16. Ses peintures sont colorées et joyeuses. La communication est présente, l'implication relationnelle spontanée à cordiale. L'auto-évaluation affirme le Beau et le Bon. Son attitude corporelle redressée, retrouvée en séance, demeure après, lorsqu'elle se retrouve au salon avec les autres résidents, posture repérée par l'équipe.

2.8. La recherche esthétique motive l'expression de ses choix

Son implication artistique développe une recherche esthétique, qu'elle ne peut pas formuler, mais fait bien comprendre par ses expressions, regards, mimiques, ou micro gestes. Les choix se maintiennent entre 3 et 5 par séance.

2.9. Un bilan positif en cours de parcours et son auto-évaluation permet d'ajuster les objectifs intermédiaires

La fin du stage pratique donne l'occasion de réaliser un premier bilan arthérapeutique avec des avancées positives sur les capacités expressionnelles, la capacité à faire des choix, et l'auto-évaluation. La renarcissisation est en œuvre, Madame Aude a retrouvé des capacités d'expression, de communication qui malgré les pénalités cognitives lui apporte une amélioration existentielle. Cette amélioration est repérée et partagée par l'équipe qui favorise sa participation aux activités.

La fiche d'observation est actualisée, enrichie pour s'adapter à ses besoins et aux objectifs poursuivis de sa prise en charge. Les objectifs intermédiaires de l'implication font apparaître la prise d'initiative, complémentaire aux capacités de choix.

2.10. La topographie des séances suivantes est modifiée par le projet de son entrée en résidence et la connaissance de données médicales

Un diagnostic médical du centre hospitalier qui assure le suivi de Madame Aude fait état d'une pathologie Alzheimer démente mixte et d'une hypercholestérolémie. Le MMS est de 5/30, le MNA état nutritionnel de 21/30, un bilan neurologique avec bonne évolution, absence ou peu de troubles psycho-comportementaux, et tremblements supportables. L'autonomie est évaluée par l'ADL côté à 9/12 en activité éléments de vie. La pharmacopée indique la prise de traitements adaptés dont l'Aricept®.

La séance 16 marque un fait important. Avant la séance, Je trouve Madame Aude prostrée sur un fauteuil. Une manifestation d'angoisse avec son florilège de sensations oppressantes la tétanise. Je m'assoie près d'elle, pose mes mains sur les siennes agrippées aux accoudoirs. Un long moment est nécessaire pour retrouver le calme et une respiration plus régulière. Lors de cette séance, « nous » réalisons une fleur toute simple, grande et pure avec des couleurs pastels. L'apaisement est revenu, avec l'importance de réaliser une production belle pour ramener de la beauté dans le quotidien angoissé et minimiser les manifestations physiques insupportables.

2.11. Une nouvelle évaluation prend en compte des modifications thymiques

Les séances suivantes ont été marquées par une grande fatigue, des tremblements du chef et des membres supérieurs, beaucoup de tristesse et une participation à l'activité

artistique différente. L'adhésion à une démarche esthétique se confirme. La thématique des vendanges en cette saison automnale a repris les étapes de la vie, le raisin vert de la jeunesse, le raisin doré de la vitalité, le raisin noir de la maturité, avec les expressions et les commentaires de Madame Aude. Le fond sonore s'est mué en cycle de l'eau, avec des harmonies syntones à son humeur. La stimulation sonore de l'eau déclenche la verbalisation et la mémoire ancienne : les enfants, les vacances à la montagne, la campagne et des considérations personnelles. A la question « c'est quoi être raisonnable », elle répond « ne pas avoir des exigences épouvantables ». Le rythme de l'eau diffère avec les souvenirs, leurs intensités, leurs fraîcheurs. Elle parle presque en continu de sa famille. « Tout ce qui ne peut se dire ou ne veut se dire explicitement peut trouver un chemin d'expression autre... L'expérience esthétique rejoint ici la quête de sens et l'accueil de l'indicible. Elle constitue un espace thérapeutique essentiel »⁴². Les réalisations de Madame Aude sont teintées d'une grande sensibilité. Un nouvel objectif intermédiaire est assigné : sortir de l'isolement.

2.12. Mme Aude « signe » de son nom patronymique chaque réalisation

Fait remarquable : toutes ses œuvres sont signées et datées par ma main avec pour repères son épellation et une écriture en lettres bâtons, en fin de séance. En séance 17, Madame Aude « signe » de son nom patronymique que je ne connaissais pas.

Les évaluations expressionnelles ont toutes les trois, été relevées à 4 avec pas ou peu de choix et des auto-évaluations sur le Beau et le Bon, hautes, qu'elle ponctue comme « c'est très agréable ». Elle souligne souvent avec le souci « de bien faire », « bien être comme il faut », et donne des « considérations personnelles ».

La séance 20 s'est avérée positive avec un bilan chaleureux, pour un début emprunt de tristesse. Elle choisit les couleurs, les fleurs roses et refuse les fruits. L'évaluation expressionnelle est à 4, le choix à 1, l'auto-évaluation maximum.

Fait marquant : séance 21, Madame Aude est entrée en résidence deux jours plus tôt. Elle est effondrée, je la trouve affalée dans un fauteuil, elle fait semblant de dormir. Elle tremble de tous ses membres. Je lui parle, la rassure, dis que je viendrai la chercher dans 1/2h, puis 1/2h plus tard si elle n'est pas réveillée, puis plus tard s'il le faut. Chose faite, avec l'aide du kinésithérapeute, nous l'aidons à se lever du fauteuil en lui expliquant ce que nous faisons, où nous allons et pourquoi. Je l'invite à parler, rentrer en contact visuel, la séance se déroule sur une présence, un contact continu, un toucher thérapeutique. Le rapport à l'équipe médicale occasionne les soins appropriés et l'intervention de son médecin généraliste.

Les séances suivantes 22 à 27 sont marquées par ses difficultés à se lever, marcher, se déplacer. Le corps exprime, refuse, sans jamais se plaindre. Les débuts de séances commencent avec une promenade jusqu'« à la mer » (au bout du séjour), elle apprécie, elle le dit. Une participation artistique nouvelle apparaît, lectures de poèmes : l'automne de Lamartine fut réclamé deux fois.

Les évaluations expressionnelles sont positives 3, 4 et 5, les choix plus fréquents.

2.13. Un projet de correspondance avec des enfants éloignés devient un projet de vie

En début d'année, une rencontre avec la famille de Madame Aude, permet de présenter la prise en charge art-thérapeutique, et un projet de correspondance avec ses trois enfants. Pour des raisons d'aménagement intérieur, l'atelier n'est plus disponible,

⁴² Josée PREFONTAINE-Marie-Claude DENIS – *La personne âgée en musicothérapie active - La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social* - Jean-Luc SUDRES – éd. L'Harmattan – p.132

les séances d'art-thérapie ont lieu dans sa chambre, Madame Aude apprécie d'être chez elle, je remarque cependant une attention moins soutenue qui n'entame pas son implication esthétique. La séance 30 marque un fait remarquable, Madame Aude émet une initiative en prenant le brin de mimosas que j'ai apporté, elle le respire longuement. Elle prendra beaucoup de plaisir à colorer le bouquet jaune et vert sur l'enveloppe. L'évaluation reste élevée. La fiche d'observation s'enrichit d'items supplémentaires, ceux de l'initiative.

2.14. L'art postal est la résultante artistique des échanges épistolaires teintés d'affection

Faire sens dans la vie d'une personne atteinte de MA est possible. Les déficits cognitifs sont des manifestations physiques et psychiques qui n'atteignent pas l'intuition et l'affectivité. Ce sont des facultés qui se meuvent en créativité sur des supports postaux chargés d'amour. Les productions artistiques de Madame Aude s'habillent d'enveloppes de la séance 28 à 32. L'explication de la correspondance avec ses enfants est comprise. Au niveau matériel, il n'y a pas de changement sur le fond, seul la mise en forme diffère. Madame Aude étant agraphique, la réalisation qu'elle crée est mise en scène dans une enveloppe avec une fenêtre différente à chaque envoi qui laisse apparaître la peinture ou le collage. L'adresse est ajoutée en lettres capitales neutres bien lisibles pour qu'elle repère le nom de ses enfants. Une évolution est à prendre en compte, celle d'inscrire Madame Aude dans un véritable projet. Une première enveloppe est adressée, sa réponse encourage la démarche. Une deuxième, une troisième, à chacun de ses enfants à tour de rôle. Les enfants répondent à chaque envoi des cartes postales pleines de chaleur et d'affection qui s'alignent dans sa chambre. La synthèse des évaluations expressionnelles sont repérées à 4 et 5. Son humeur est joyeuse, elle sourit souvent.

2.15. Le goût naît dans les couleurs, le style s'éveille

Je vois apparaître l'affirmation de ses goûts, elle préfère les fleurs, la nature, les couleurs, la peinture au tampon qui la ravie, elle dit : « c'est beau », la venue d'un style, le sien, sur des réalisations heuristiques. Copier ne focalise pas son intérêt, elle est réceptive à la stimulation artistique du début de séance, qui favorise son esthétisme. Faits remarquables en séance 31, elle enlève seule le gant qui protège ses doigts de la peinture au tampon. Séance 32 : l'atelier est à nouveau disponible ; son repérage la rassure, elle l'exprime. La séance va durer presque une heure dont 45 minutes d'activité artistique avec une implication esthétique pour « faire joli », elle utilise seule le tampon sur toute l'enveloppe ! C'est une harmonie de couleurs « impressionnistes », le tableau du mur a fait écho. La séance s'achève sur l'appréciation de l'enveloppe finie : son enfant sera content, ce sont les couleurs aimées.

2.16. Les capacités physiques de Mme Aude s'amenuisent

Au cours des séances 33 à 38 la praxie de Madame Aude diminue, ses gestes sont plus raides. Elle tient difficilement le pinceau, presse trop fortement le tampon, il faut alléger en peinture. En séance 33 elle somnole, en 34 elle lutte contre le sommeil, un changement de médication en serait la cause. Les capacités cognitives s'affaiblissent. Les envois d'art postal continuent au rythme hebdomadaire. L'attitude corporelle demeure redressée, l'humeur est apathique, les émotions sont repérables, le regard reste présent, la quantité verbale intelligible et modérée. La synthèse des capacités expressionnelles est moyenne. Les choix et prises d'initiative fluctuent. L'auto-évaluation reste élevée. « toujours plaisir à y aller ». Les échanges avec l'équipe soignante sont permanents.

2.17. Une ouverture sur la musique est justifiée par l'intérêt de Mme Aude

En séance 38, afin de ne pas engager d'inhibition, le fond sonore fait place à des enregistrements de musique classique, elle apprécie le piano, elle m'apprend que son mari jouait, elle raconte, un prélude de Chopin réveille une telle tristesse que j'opte pour d'autres écoutes, elle éprouve du plaisir à l'écoute d'un ensemble vocal et instrumental baroque l'Arpeggiata⁴³. Des collages de papier de soie sont effectués, cette pratique réveille un intérêt.

2.18. La musique devient cadre sonore thérapeutique pour une activité dominée par la couleur

Les séances 39 et 40, la musique est redevenue chants d'oiseaux, eaux qui coulent, L'atelier est un cocon où se produit la beauté. L'art postal est un échange, les séances d'art-thérapie sont maintenant devenues un lieu où l'on continue le lien épistolaire avec les proches par des plaisirs esthétiques. Les évaluations expressionnelles sont stables et élevées, les choix et initiatives sont installés, l'auto-évaluation conforte le plaisir et le bien être de Madame Line pendant la séance d'art-thérapie, elle sourit en me voyant, elle sourit en retournant au salon.

2.19. Mme Aude présente une amélioration de l'humeur prolongée dans la journée et repérée par l'équipe

L'équipe repère l'amélioration de l'humeur, pour ne pas dire expression et relation, elle raconte les rires lorsqu'elle reçoit les visites de sa famille, s'étonne de sa capacité à expliquer « ses considérations personnelles » et relate en dernier sa mobilité entravée.

2.20. Le bilan de la prise en charge s'inscrit dans les projets de soin et de vie

Le projet de soin de Madame Aude est un maintien de l'autonomie, son projet de vie visait l'acceptation en résidence.

Le bilan de la prise en charge est une mise en confiance, puis une renarcissisation. Cette revalorisation d'elle-même est passée par une expression qui s'est développée, pour faciliter une communication et entrer en relation satisfaisante pour elle. La perte des fonctions praxiques a été stabilisée. La capacité à s'affirmer par les choix et les initiatives ont permis de retrouver l'estime d'elle-même.

La fiche de clôture est la synthèse de la prise en soin et un relai à l'équipe médicale. Elle est partagée en réunion, et reste dans le dossier médical.

Quelques œuvres réalisées par Madame Aude

⁴³ L'Arpeggiata – Christina Pluhar et Stéphan Landi



PHOTO 1 – Mme Aude – 02.12.10 - couleurs d'impression et d'expression



Photo 2 – Mme Aude – 24.2.11

Le mimosas
Peinture au tampon
Début de l'art postal



Photo 3 – Mme Aude – 15.4.11

La musique
collage à 4 mains de papiers
pré-déchirés et grand format



Photo 4 – Mme Aude 24.3.11

peinture au tampon
sur petit format



Photo 5 – Mme Aude 13.5.11

collage papier de soie et
peinture au tampon

2.21. Des graphiques synthétisent la prise en charge de Mme Aude.

L'évaluation en art-thérapie permet de transmettre des données, d'adapter une stratégie, et de questionner le travail clinique, elle n'est pas une fin en soi, mais c'est une étape essentielle de la pratique. Jean-Luc SUDRES parle de « mettre un peu d'objectivité dans la subjectivité⁴⁴ ».

Les graphiques utilisés sont conseillés par les praticiens du milieu Hospitalier, les « radars » illustrant les aires de comportements observées par les études réalisées en Unité de Gériatrie. La prise en charge est retenue sur 40 séances. Pour faciliter la lecture et s'adapter aux différents lecteurs, les relevés d'évaluation sont représentés sous forme de tableaux linéaires, et de radars. Je choisis de retenir une cotation de 0 et 1 à 5, en partant d'une condition néante ou infirme à une condition fréquente et positive.

L'objectif général de la prise en charge de Madame Aude porte sur une renarcissisation pour améliorer la qualité existentielle. Les objectifs intermédiaires visent les capacités expressionnelles et l'implication. La stratégie utilise l'observation de l'expression, la communication et la relation ainsi que les capacités à faire des choix. Une auto-évaluation est réalisée.

⁴⁴ L'évaluation en Art-thérapie, de constats en prospectives – J.L Sudres – L'évaluation en Art-thérapie. Pratiques internationales – éd. Elsevier Masson SAS – p105

F.1 - L'expression, la communication et la relation ont fait l'objet d'un réajustement de la fiche d'observation au cours de la prise en charge, elles sont observées par des capacités expressionnelles et développées par des faisceaux d'items développés ci-après. La lecture des résultats prend en compte l'avant et l'après entrée en résidence EHPAD de Madame Aude. La présentation des tableaux et graphiques regroupe les différentes synthèses :

- L'expression observe l'attitude corporelle, l'humeur, et l'expression des émotions :
 - o L'attitude corporelle repère les attitudes : abandonnée, courbée, inclinée, redressée, droite
 - o L'humeur est observée avec le comportement : angoissé, déprimé, apathique, calme, souriant
 - o L'expression des émotions est repérée par : pas d'émotion exprimée, perceptible, repérée, répétée, manifeste
- La communication porte sur le regard et la parole :
 - o La quantité de regards : évité, peu (1à3), modérément (3à5), beaucoup (5à9), systématique
 - o La quantité verbale : peu de mots, limitée (5à10 mots), modérément (2à5phrases), présente (5à20 phrases), conséquente
 - o La qualité verbale est appréciée par : l'incohérence, la confusion, l'intelligibilité, la réponse sensée, ou recherchée
- La relation est basée sur plusieurs faisceaux d'items, fonction de l'accroche du regard, la réponse, l'échange de mots, cette relation est appréciée par : l'indifférence, une relation limitée, spontanée, cordiale, chaleureuse.

F.1 - Tableaux et graphiques de l'expression, la communication, la relation

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	1- Madame Aude – Cotations de l'expression la communication la relation																																							
a	1	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	5	4	3	4	4	2	3	4	4	3	4	3	5	4	5	4	4	3	2	3	4	4	3	4	4
b	0	2	2	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	2	2	2	4	4	2	3	4	3	3	4	4	4	4	5	5	5	3	2	3	3	3	3	3	4	4
c	0	1	2	2	2	3	3	3	2	4	4	3	4	4	3	2	2	4	4	1	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	2	3	3	3	3	3	4	4

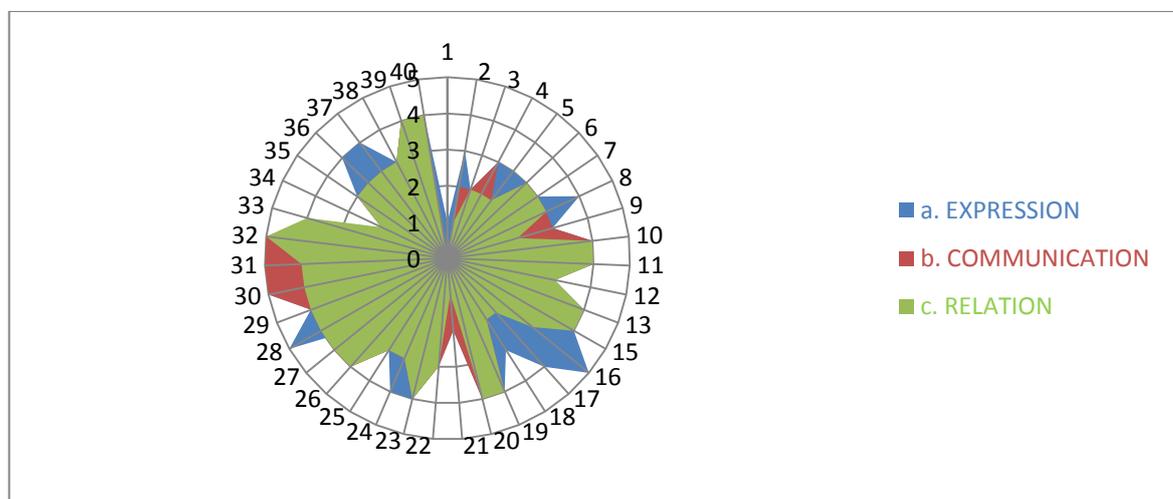


Figure 1 : EXPRESSION COMMUNICATION RELATION – Madame Aude

La 14^o séance n'a pas été évaluée. L'évaluation « basse » de la séance 21 est consécutive à l'entrée en EHPAD de Madame Aude. La séance 34 traduit une baisse générale de l'humeur et du comportement qui fait suite à un changement de médication. Il est constaté sur un fond expressionnel en amélioration, une communication devenant de plus en plus prégnante jusqu'en séance 32, avec une diminution les 5 séances suivantes pour se re-manifester ensuite. La relation est en amélioration continue et s'affaïsse comme l'expression et la communication pour revenir à un niveau élevé. L'évaluation en baisse de ces séances est provoquée par l'atteinte cognitive, n'affectant pas l'auto-évaluation cf. graphique 3.

F.2 – La capacité à faire des choix et prendre des initiatives ou l’implication est observée par la capacité à faire des choix et prendre des initiatives.

- La capacité à faire des choix retient les critères : pas de choix, peu (1à3), moyennement (3à5), avec intérêt (5à7), beaucoup

Cette capacité est couplée avec la prise d’initiatives après son entrée en EHPAD :

- En montrant du regard, ou en le verbalisant : insignifiant 0et1, quelques uns (1à3), moyennement (3à5), avec intérêt (5à7), beaucoup.

F.2 - Tableau et graphique des capacités de choix et d’initiatives

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2 – Cotations de l’affirmation de soi – Madame Aude																																								
a	0	0	0	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	0	0	0	3	1	0	2	3	2	2	4	3	4	3	4	4	4	4	3	1	3	4	3	2	3	3
b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	2	3	0	2	3	3	2	3	3

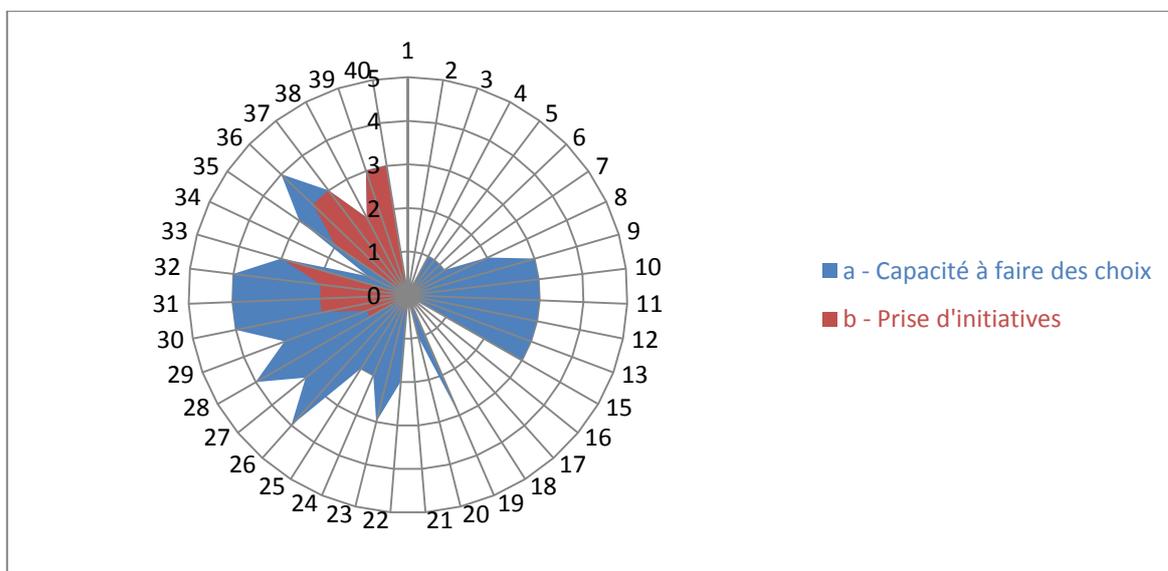


Figure 2 : IMPLICATION OU CAPACITE A FAIRE DES CHOIX ET PRISE D’INITIATIVES – Madame Aude

La capacité à faire des choix s’est renforcée à la séance 26. La prise d’initiative est observée à partir de la séance 28 pour s’assurer à partir de la 30^{ème} séance, elle est un balbutiement qui montre cependant que Madame Aude s’est affirmée au cours de cette prise en charge, même si ces capacités cognitives s’altèrent, une renarcissisation s’est installée avec la sécurité, la confiance et le plaisir de mettre en pratique des aspirations esthétiques. Le projet est compris et partagé, il conforte la qualité existentielle retrouvée.

F.3 - Une auto-évaluation a été réalisée tout au long de la prise en charge. Selon l'application du cube harmonique⁴⁵ de l'Ecole de Tours, elle reprend des appréciations du Beau, du Bien et du Bon. Elle sert à évaluer la personnalité artistique de la personne. Elle permet également d'appuyer les objectifs de la stratégie lorsque les résultats sont inexistantes ou diminuent et devient complémentaire de la fiche d'observation.

La compréhension de Madame Aude a permis une utilisation avec des mots simples appuyés certains jours par des pictogrammes pour ouvrir la méthode thérapeutique au jeu et relancer la stimulation :

Je n'aime pas ☹ j'aime un peu ☺ j'aime ☻ j'aime beaucoup ☺☺ j'aime énormément ☺☺☺

F.3 - Tableaux et graphiques de l'auto-évaluation

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
3 - Cotations de l'auto-évaluation - Madame Aude																																									
a	0	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	4	5	0	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	0	4	5	5	3	4	4
b	0	0	0	0	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	4	4	0	4	4	4	4	3	4	4	4	3	5	5	5	4	-	3	5	4	3	4	3	
c	0	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5	4	4	3	3	5	5	0	4	5	5	3	4	5	4	4	5	4	4	3	-	3	4	4	3	4	4		

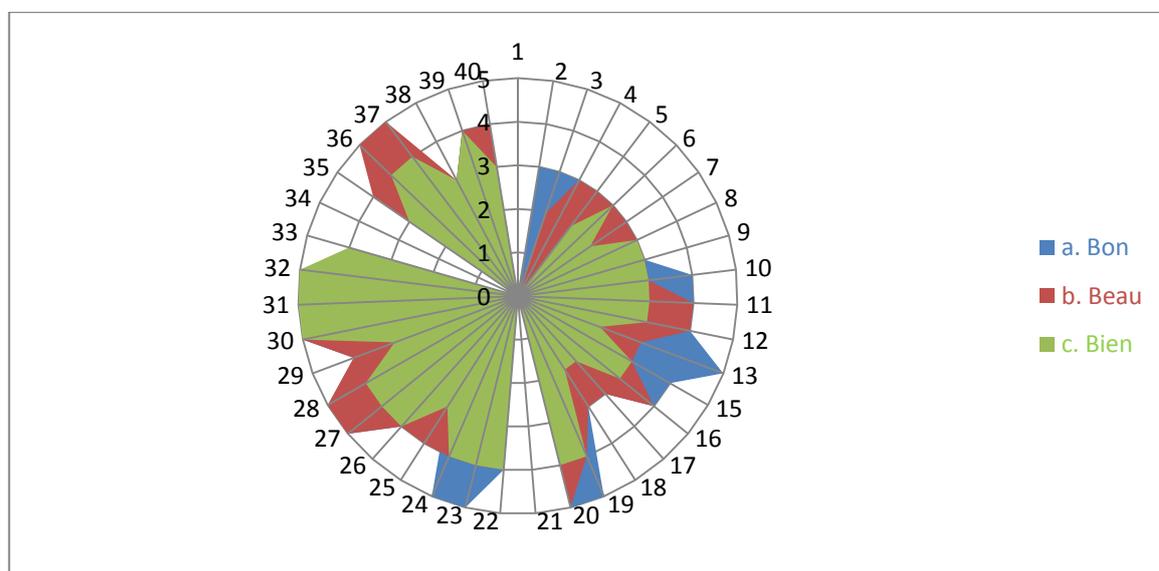


Figure 3 – AUTO-EVALUATION – Madame Aude

L'auto-évaluation représente le Beau, le Bien et le Bon. Pour des raisons de lisibilité, le Bon est en toile de fond toujours supérieur à la moyenne, couvert quantitativement par le Beau et le Bien dès la séance 23.

Cette auto-évaluation nous renseigne sur son humeur, son appréciation, elle participe à sa renarcissisation. A l'exception de la séance 13, pendant laquelle Madame Aude a largement exprimé son plaisir du moment, le Beau est symétrique au Bon jusqu'à la séance 24, synonymes du ressenti esthétique de Madame Aude, largement exprimé par une gratification sensorielle. Le Bien prend le pas sur le Beau et le Bon avec la réassurance de Madame Aude de la séance 30 à la séance 39 avec l'intérêt du lien pour ses enfants concrétisé avec l'Art postal.

⁴⁵ Cube Harmonique aussi appelée la Théorie des 3 B: bilan art-thérapeutique auto-évaluatif de l'activité artistique par la personne elle-même. Le Beau concerne le plaisir esthétique, le Bien concerne la qualité technique, le Bon concerne l'envie de continuer - « *Tout savoir sur l'art-thérapie* » Richard FORESTIER - éd. Favre 5^{ème} édition - p 199 - « *Les fondements de l'évaluation en art-thérapie* » Richard FORESTIER - éd. Elsevier - P15 à 22.

2.22. La globalisation des résultats sur les aires de capacités expressionnelles, d'implication et son auto-évaluation valide l'hypothèse d'une renarcissisation

Une renarcissisation est en cours dès la séance 10, une amélioration est repérée :

- de l'expression, au travers des faisceaux d'items de l'attitude corporelle, l'humeur, l'expression des émotions
- de la communication par les items quantitatifs du regard et de la verbalisation
- de la relation par les faisceaux d'items de la qualité de la relation

Les séances 26 à 32 enregistrent une concordance de l'implication, c'est une affirmation de soi avec ses goûts.

Les séances 36 et 40 confirment, sur l'ensemble de ces différents critères, que les acquis ne sont pas affectés même s'il y a fluctuation physique et soulèveront la question de la fin de la prise en charge.

La stimulation est une constante dans la prise en soin de Madame Aude, l'individualisation puis une réelle personnalisation de la démarche art-thérapeutique sont les paramètres incontournables de ses atouts. La maladie d'Alzheimer est dégénérative, le déclin physique graduel n'empêche pas les petites victoires. Les progrès entrepris, montrent qu'ils sont possibles même s'ils sont modestes. Les expressions sont présentes, l'auto-évaluation en est l'interprétation première, son implication la démonstration. Madame Aude retrouve son identité et le plaisir à la vie.

Ces résultats illustrent la renarcissisation de Madame Aude, ci-après sur le graphique.

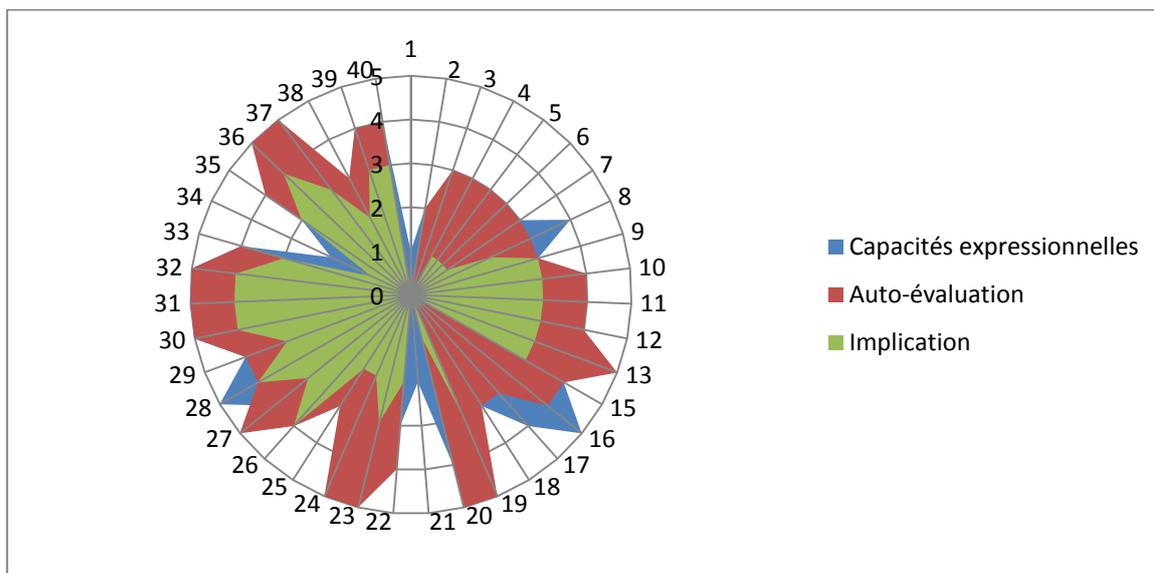


Figure 4 - RENARCISSISATION - Madame Aude

3. Le projet de vie et de soins de Mme Line peut s'inscrire dans une prise en charge art-thérapeutique

3.1. L'anamnèse de Mme Line nous informe sur son histoire de vie et son dossier médical

Mme Line a 84 ans, elle a élevé sept enfants, quatre filles et trois garçons. Ses contacts familiaux tournent autour de deux de ses filles, dont l'une est très présente, sa petite fille et l'un de ses fils. Son enfance semble avoir été difficile. Elle aurait occupé un poste d'infirmière de nuit en structure pour enfants inadaptés.

Madame Line est entrée en accueil de jour le 23 février 2009 et comme résidente en février 2010. Elle souffre de déminéralisation osseuse, d'arthropathie chronique. Elle est inscrite avec une démence de type Alzheimer sans perte d'autonomie locomotrice, et est repérée dans la grille AGGIR au niveau 2. Je ne dispose pas d'évaluation MMSE*¹⁰ et d'EDG⁴⁶. La mémoire à court terme semble déficiente. Ses fonctions supérieures sont affectées, elle comprend les ordres simples, une apraxie vision-constructive serait existante. Son orientation temporelle et spatiale est défectueuse. Les troubles multifactoriels entraînent des incontinences urinaire et fécale. Il n'y a pas de déficits sensoriels.

Elle est traitée par la molécule Rivastigmine avec le médicament Exelon®.

Madame Line ne présente pas d'intérêt particulier pour les arts, elle semble plutôt attirée par les activités pouvant la distraire. Elle est « bon public » et se réveille lors des animations récréatives. Les informations recueillies auprès de l'équipe soignante, fait état d'une humeur joyeuse avant son entrée comme résidente.

Elle affiche volontiers un visage affable, cependant une écoute attentive et une observation minutieuse me permet de repérer l'anxiété qui régit son comportement, la tranquillité caractérielle qu'elle affichait masquait la dévalorisation qu'elle avait d'elle-même.

Mon hypothèse était de restaurer l'image qu'avait Mme Line d'elle-même et diminuer son anxiété. Le projet de vie de Mme Line initié un peu plus tard fit état du risque qu'elle pouvait rencontrer au sein de l'institution en se faisant rabrouer par les autres résidents qui pourraient profiter de sa douceur et de son manque d'affirmation d'elle-même.

3.2. Les pénalités de sa maladie causent une altération du comportement et entraînent un... retrait social

Un état de base est nécessaire à sa prise en charge art-thérapeutique. Il fait l'objet de plusieurs rencontres qui permettent à Madame Line de se familiariser avec moi.

Ses troubles mnésiques affectent trois types de mémoire

La mémoire est la fonction qui permet de capter, coder, conserver et restituer les stimulations et les informations que nous percevons. Pascal dit que « la mémoire est nécessaire à toutes les options de l'esprit, identité, connaissance, intelligence, motricité, affectivité ».

Le repérage des différentes mémoires avec leur particularité est utile à la prise en soin de Mme Line. il est donc à retenir :

- Une mémoire brève dite sensorielle, visuelle, auditive, tactile, mémoire bien préservée dans la maladie d'Alzheimer. C'est la combinaison des différentes perceptions qui permet l'identification de l'information. Largement sollicités en art-thérapie, les sens de Mme Line sont les moteurs de la prise en charge.

⁴⁶ EDG : Echelle de détérioration globale

- Une mémoire à court terme déficitaire ou mémoire de travail qui engrange les sollicitations permanentes. Immédiate, elle efface les données après leur traitement.
- Une mémoire à long terme d'une capacité considérable, elle regroupe (cf §I-4.1.1.) les mémoires épisodique, sémantique et procédurale. Cette dernière semble être préservée plus longtemps. L'appui sur des habiletés motrices simples que Mme Line sait mettre en œuvre, comme ranger, plier, ou bien d'autres fonctions ont souvent permis de relancer la dimension motivationnelle, ou détourner le processus d'angoisse qui vient habiller le comportement quand une difficulté ou une absence s'installe.

Ses praxies fines sont restreintes

Les troubles praxiques sont une perturbation de l'activité gestuelle, il est observé notamment chez Madame Line :

-Une *dysorthographe*^G en particulier sur les mots irréguliers. Ceux-ci prennent une apparence phonologique comme « chatainiers » pour chataigniers.

-Une *agraphie*^G causée par les multiples sites lésionnels (temporal gauche).

La dictée est laborieuse, la copie de meilleure qualité, l'épellation très déficitaire. L'écriture fait apparaître une perturbation du graphisme et de l'agencement spatial. Par exemple, cela s'illustre avec l'utilisation de lettres capitales dans un corps de mot, spécifique à Madame Line sur les adresses postales, des erreurs dans la répartition spatiale des hampes (dépassantes inférieures au corps de lettre) ou des hastes (dépassantes supérieures au corps de lettre). La perturbation affecte le tracé, la pression, la forme de l'écriture. Au stade plus évolué de la maladie, l'écriture se désorganise jusqu'à devenir progressivement illisible.

Les capacités de scription de Mme Line se sont altérées avec le temps, nous aborderons plus tard la façon dont a été contournée cette difficulté.

Des troubles visuo-spatiaux sont prégnants

Mme Line a des difficultés à prendre possession de l'espace. Dans le salon, elle est perdue, en atelier, la feuille sur laquelle elle trace, n'offre plus de repères, comme une barque perdue dans les grands flots de l'océan. L'espace mal perçu entraîne la désorientation spatiale, il semble se restreindre. Les difficultés d'appréhension des données spatiales seront objectivées dans des tâches de dessin, d'écriture, de repérage dans un cadre limité, sur une enveloppe. L'une des premières réassurances est de délimiter le champ d'exercice afin de calmer l'inquiétude si prompte à venir. Le cadre de l'atelier, visuel, sonore, relationnel offre la première réponse, puis le cadre de l'enveloppe définit l'espace rassurant du jeu épistolaire.

Les troubles des fonctions exécutives et du jugement sont les pertes de son sens critique

Mme Line se retranche ailleurs, dans son monde, lorsque les animations culturelles mobilisent les attentions des résidents, il y a désordre entre ce qui se passe autour d'elle et en elle. Ces troubles sont une incapacité à formuler une opinion autonome et adéquate à la situation, ou l'impossibilité d'interpréter correctement les données, ou résoudre une problématique simple.

Ses troubles psycho-comportementaux regroupent des manifestations physiques et mentales se fondant sur l'existence des troubles cognitifs. Ils atteignent l'autonomie sociale de la personne, comme les *compulsions* et les *stéréotypies*^G. Elles comprennent des comptages à voix haute, des frottements, des répétitions incessantes de la même question, des conduites de vérification ou de déshabillage/rhabillage, de pliage/dépliage. *L'anxiété très présente* chez Mme Line se traduit par l'ensemble de ces manifestations, mais plus encore par le comptage relié à son histoire personnelle. Elle compte ses

enfants : les petits points sur le papier, les fleurs dans le vase ou le nombre de pinceaux. Ce vide mental neuronal ne cesse qu'avec la réassurance. Ces manifestations l'isolent.

3.3. Les effets de ce retrait entraînent une apathie constitutive

L'*apathie*^G est fréquente dans le comportement de Mme Line, remarquée dans le projet de vie, elle fait l'objet d'attention de la part de l'équipe quant à ses répercussions sociales au sein de la communauté de Saint Joseph. Les symptômes d'allure dépressive sont fréquents, désintérêt, émoussement affectif, retrait social, une labilité émotionnelle est constatée, liée aux processus lésionnels de la maladie.

3.4. La stratégie thérapeutique s'appuie sur l'opération artistique et ce qui est opérant chez Madame Line

L'état de base de Mme Line informe d'une anxiété facilement activée lors de perturbations inhabituelles. Le geste et la parole adaptés sont les catalyseurs à ces troubles. Ses sens sont opérants. Elle aime jouer et s'amuser. La méthode thérapeutique peut s'appuyer sur le jeu pour la stimuler. L'intérêt cognitif du jeu sur l'attention, la concentration, les fonctions mnésiques et corporelles peuvent ouvrir son intérêt à l'art et à la beauté.

L'opération artistique repère la défaillance dans le ④ avec l'anxiété et l'apathie, l'humeur sera à stabiliser. Son intérêt artistique est mineur, la captation n'étant pas adaptée, il est préférable de stimuler l'envie pour provoquer un retentissement au niveau du ⑤ avec l'élan corporel.

- *L'objectif général* vise l'affirmation de soi.
- *La méthode* s'appuie sur le jeu pour mobiliser ou remobiliser son intérêt, et sur une situation thérapeutique. L'intervention art-thérapeutique sera dirigée, semi-dirigée, ouverte.
- *Les objectifs intermédiaires* sont la baisse de l'anxiété et la réassurance pour retrouver confiance en soi, maintenir les fonctions praxiques et son attention
- *Le choix de techniques artistiques* s'impose pour utiliser des habiletés existantes, fixer des mécanismes de la mémoire et revigorer Mme Line. Elle aime écrire, le maintien de sa graphie permet un ancrage des ces capacités cognitives dans le temps présent et une activation de sa mémoire sémantique. Elle prend plaisir à « patouiller » la peinture, une gratification sensorielle s'exprime. Elle apprécie l'échange, le relationnel, sa communication généreuse tend vers une relation affective, qu'elle traduit par le plaisir qu'elle auto-évalue. Les arts plastiques sont adaptés.
- *L'observation porte sur des faisceaux d'items et des items* relevant des capacités expressionnelles, relationnelles et attentionnelles, les capacités de choix et d'initiatives côtés de 1 à 5.

La prise en soin de Madame Line commence peu après son entrée en résidence le 25 février 2010.

3.5. Le déroulement des séances s'articule rapidement autour d'un projet artistique d'art postal avec l'une de ses filles et sa petite fille

Les séances ont une durée de 30 à 45 minutes, elles ont un rythme hebdomadaire, le jeudi après-midi. Les séances 1 à 9 sont un espace de réassurance, de découverte et de stimulations. Il est question pour moi de « savoir-être » pour apporter la confiance nécessaire, le « faire » importe peu dans la conduite de ces séances.

L'approche artistique commence avec des productions peintes à la gouache et quelques écritures copiées. Copier peut-être une façon d'apprendre en douceur. La « mimésis » définie par ARISTOTE comme « Une tendance naturelle de l'homme est non seulement de reproduire mais aussi d'avoir recours à ses représentations dans ses apprentissages et une tendance à avoir du plaisir aux représentations. » L'utilisation de la copie rassure Mme Line, qui s'accroche aux repères graphiques de la scription et des couleurs. Elles seront réalisées jusqu'en 11^{ème} séance.

Les évaluations expressionnelles relèvent une apathie, des émotions repérables, peu d'auto-sanction avec un relationnel en demande d'aide. Les choix sont peu nombreux.

Fait marquant à la séance 10 : Madame Line entre dans une vraie relation. L'évaluation du mode relationnel est impliquée à 4, sa fonction à 3, elle devient une demande d'aide et non plus de protection. Elle a choisi le thème de la mer, avec un morceau de ruflette, elle peint le tracé des vagues. C'est une pleine satisfaction. L'esthétisme apparaît.

La séance 12, nous sommes en juin, c'est un jardin de collage, peu d'attention, de l'émotion au résultat « c'est beau » « c'est bon » sont ses évaluations personnelles, alors que l'implication relationnelle est modeste. L'agraphie paraît davantage, afin d'éviter une boucle d'inhibition, le collage est choisi sur les papiers à lettre que sa fille nous a apporté.

Fait marquant en séance 14, Madame Line trace avec plaisir son prénom sur chacun des pétales de la marguerite qui pousse sur la première enveloppe. L'effet est très esthétique. Lorsqu'elle eut fini son œuvre, elle s'est appuyée au fond de son fauteuil, a posé le crayon, puis émis un soupir qui semblait venir du plus profond d'elle-même et a dit : « c'est moi ».

La fille de Madame Line, rencontrée dans le couloir, s'intéresse. Conquise, elle entre dans le projet d'Art postal. Sa collaboration sera précieuse pour l'avancée thérapeutique de Madame Line. Ce projet deviendra un projet de vie, support de liens bénéfiques.

3.6. Madame Line prend plaisir à construire une image ou un tableau sur les enveloppes

Madame Line aime réaliser des enveloppes, elle est sécurisée par le cadre et le format qui s'adapte à son champ de préhension. Elle reçoit en retour de jolies petites cartes humoristiques ou de poupées régionales qui la ravissent, ou d'animaux qu'elle commente toujours d'un « le pauvre ! ». Cette réflexion amorce parfois de l'angoisse et nécessite une action dérivative pour remotiver l'acte artistique.

Des séances 12 à 19, les capacités attentionnelles s'affirment, les choix aussi. Les auto-évaluations du Beau et du Bon reflètent le plaisir que Madame Line éprouve.

3.7. L'implication familiale contribue au maintien des relations affectives de Mme Line et des enfants

La fille de Madame Line habite loin, les envois d'Art postal sont vécus comme des bouffées d'affection et de liberté pour Madame Line et comme un rapprochement et une sécurité pour sa fille. Madame Line connaît bien le rituel de sa signature datée avant l'écriture de l'adresse sur l'enveloppe. Elles sont écrites au crayon, pour un rattrapage de lisibilité éventuel « après ». Ces enveloppes sont toujours arrivées, même lorsque la pression se fait légère ou que l'agencement devient peu orthodoxe. Ces courriers admirés de loin, sont admirés de près, car les enfants montrent et partagent l'œuvre réalisée sur la missive. Ils s'extasient et félicitent la personne redevenue « personne sujet » et non plus malade « objet de soin ».

La petite fille de Madame Line réclame « ses » enveloppes. Elle habite sur la commune et rend visite à sa grand-mère. C'est un jeu qui s'instaure : à qui, aujourd'hui ? Plus tard, une autre fille de Madame Line entra dans la correspondance.

3.8. L'évaluation continue nous informe de ses capacités relationnelles et attentionnelles

Six mois de prise en charge art-thérapeutique nécessite un premier bilan.

Les capacités expressionnelles confirment les repères identitaires de Madame Line, qui sort de l'effacement pour « être » tout simplement, dire et faire. Elle prend confiance en elle, et semble moins « accrochée » à la dépendance affective. L'attention est bien fixée sur l'activité artistique, continue. Les choix sont encore timides, mais toujours présents. Le goût s'affirme, l'expression du Beau ou l'orientation esthétique est exprimée avec satisfaction.

3.9. La praxie de Mme Line s'altère, une agraphie s'installe progressivement avec des répercussions thymiques qu'il convient de prendre en compte afin d'éviter une boucle d'inhibition

En séance 26, nous sommes au début de l'hiver, enfin le soleil reparait après la pluie. Madame Line se plaint de fatigue, elle est indifférente aux autres lorsque nous traversons le salon pour aller à l'atelier. Elle a des difficultés à écrire son prénom sur la pochette de papiers à lettre. Elle est déprimée, se sanctionne, ne réagit pas aux sollicitations pour distraire son humeur. Un éclat de couleurs au tampon la sortira de son attitude. « Beaucoup, comme des ballons » dira-t-elle enfin avec un petit sourire. Il n'y aura pas d'envoi postal et pas d'auto-évaluation. J'apprends plus tard qu'un différent est intervenu au sujet des médications.

Après cette séance, nous alternerons la peinture et le collage afin d'éviter toute situation d'échec. De plus, si l'agraphie s'installe définitivement, Madame Line peut rebondir sur une activité artistique qu'elle connaît pour l'avoir pratiquée et maîtrisée pour lui apporter du plaisir, ce sera un renforcement dans la stratégie thérapeutique. L'utilisation des mots, des lettres et des chiffres (prédécoupés) peut-être de plus, une méthode ludique tout en présentant les avantages de rappel sémantique.

3.10. L'art postal perdure les émotions ressenties par l'utilisation de couleurs

Fait marquant séance 27 : dans l'atelier, j'accroche au mur un tableau nouveau à chaque séance. Ce sont des tableaux laissés par les résidents. Celui-là représente un champ de couleur violette devant une petite maison calée au pied d'une colline. L'attention de Madame Line est happée. Sa mémoire ouvre les portes aux souvenirs d'enfance, chez sa grand-mère, elle raconte car c'est « comme » la maison de sa grand-mère. Elle peindra rapidement et maladroitement un champ de lavandes mauves, qu'elle reculera pour mieux l'admirer et partira contente et à petits pas vifs. Les cotations sont conformes.

3.11. Le large registre des émotions a réveillé des souvenirs agréables dans une enfance repérée comme difficile

La maison de sa grand-mère reviendra souvent. Elle sera dessinée avec mon aide. Les émotions sont très présentes, la répercussion est comportementale, psychologique et physique. Son teint s'éclaircit, son regard est plus vif. La séance 30 l'illustre pour retenir l'avancée des capacités expressionnelles et des prises d'initiatives. La confiance en soi se meut en affirmation de soi.

3.12 La captation artistique ouvre un havre de paix dans le désordre neurologique lors des grandes fatigues dues à la médication

L'attention est portée sur la captation artistique. Des ouvrages, des revues et les cartes envoyées par sa famille donnent la stimulation attendue, lorsque comme en séance 32, elle est un peu perdue, fatiguée, se plaint de douleurs, oublie l'objet de la séance, s'angoisse, compte les boutons de sa veste, et ne me voit plus. Elle me suit dans sa chambre (l'atelier est fermé), repère la dernière réception postale, une carte postale avec une figurine régionale habillée de tissus coloré et soyeux. Elle caresse la poupée, s'extasie, parle de sa « beauté » et veut remercier. Elle réalisa un collage avec des lettres m.e.r.c.i et une photo de cadeaux, découvert dans la chemise. Le style apparaît, son style personnel fait de dynamisme comme l'éclat des soleils jaunes qui habillent de nombreuses réalisations. Il servira de repère pour mobiliser l'attention, lorsqu'elle s'échappe.

Les séances 33 à 40 stabilisent les acquisitions, les choix deviennent plus nombreux, les prises d'initiatives aussi.

Fait marquant : séance 40, Madame Line fait preuve d'autorité. J'avais apporté une rose, elle a ravi Madame Line, je lui ai proposé un catalogue, elle a choisi une fleur qui ressemblait à celle du vase. Je lui ai tendu les ciseaux, je savais que son usage présentait une difficulté. Madame Line a saisi la paire de ciseaux et a découpé tout autour de la fleur. Nous l'avons collé sur une enveloppe. Elle a voulu peindre un fond de couleur, je lui ai proposé la palette de couleurs du mauvais côté, « non, je mets du vert, celui-là ».

3.13 La méthodologie thérapeutique transforme l'art capté puis exprimé en soin

« L'Art est simultanément intention, action, production et captation qu'un effort esthétique permet de déterminer et d'organiser » nous dit R. FORESTIER. Ce que la personne capte, met en œuvre pour recevoir et saisir, se laisser « saisir » par la stimulation artistique, l'invite à exprimer physiquement, sensoriellement, c'est l'esthésie. Puis elle tend vers le désir de faire, de réaliser SA production et retrouver ce sentiment de plaisir à recevoir. Lorsque la personne a retrouvé suffisamment de capacités émotionnelles, expressionnelles, elle tend (avec effort) vers la pratique pour faire comme cela lui plait, c'est son goût et c'est aussi son plaisir, parce que « c'est plus joli ». Faire et faire Beau, puis faire Bien, tendre vers l'esthétique devient sa mise en œuvre. C'est bien un acte de soin pour elle-même.

La saveur existentielle qui émane de la personne en fin de séance, illustre mieux que n'importe quel discours le bien être qu'elle éprouve à produire à son niveau une expression d'elle-même ; cette gratification sensorielle qui libère la dopamine et la sérotonine, limite momentanément la chute des neurotransmetteurs et ralentit la destruction neuronale qui altère les fonctions de son cerveau.

3.14 La fiche de clôture est un bilan art-thérapeutique et un relai pour le suivi dans la globalité de prise en charge de la personne

Elle est une synthèse pour le suivi global de la personne. Elle regroupe l'anamnèse, les indications, l'objectif général, les objectifs intermédiaires, les techniques employées et le rapport de prise en charge. Elle joint des photos des productions réalisées. Elle reste dans le dossier médical de la personne.

Les objectifs généraux des projets de soin visent le maintien de l'autonomie, l'objectif général art-thérapeutique de Madame Line ciblait une affirmation de soi, et porte sur

une réassurance pour retrouver confiance en soi. Les étapes intermédiaires ont été : la mise en confiance, la baisse de l'anxiété, les repères spatiaux et temporels, les ancrages de mnésies anciennes, la stimulation à faire, à choisir, à décider.

L'apathie et les manifestations d'anxiété bien que revenue à plusieurs reprises dans la prise en charge de Madame Line, ont laissé place à des périodes fastes, causes de plaisir et de réelle implication relationnelle. L'évaluation globale illustrée ci-après montre que les évolutions des différentes capacités expressionnelles ont été possibles malgré l'émoussement des émotions et des ressentis. Elle montre aussi qu'en retrouvant confiance en elle, Madame Line est capable d'enrichir son quotidien des liens tellement nécessaire à son affectivité. Ses enfants partagent aujourd'hui les bénéfices de cette évolution. Ces petites victoires maintiennent son autonomie.

L'équipe maintenant, comprend les bénéfices de ces prises en soin artistique et thérapeutique. Madame Line est perçue différemment, avec ce quelque chose en plus qui n'existait pas hier. C'est spontanément que chacun de ses membres vient s'informer de ce suivi ou apporter les informations quotidiennes qui seront utiles à la continuité de ce cheminement thérapeutique. L'échange et la mutualisation de moyens, la pluridisciplinarité enfin, prend tout son sens pour le bien être et la santé de la personne. L'utilisation de la stimulation cognitive et l'animation socio-thérapeutique sont le quotidien de Madame Line, elles « s'allient » à l'art-thérapie.

3.15 Des graphiques illustrent la prise en soin de Madame Line

L'objectif général de la prise en charge de Madame Line porte sur la réassurance et la confiance en soi. Les objectifs intermédiaires sont observés autour des capacités expressionnelles, attentionnelles, relationnelles et la capacité à faire des choix.

Nota bene : les séances 17 et 22 n'ont pas donné lieu à évaluation, elles correspondent pour la séance 17 à la préparation précoce d'une tenue de nuit suite à un accident digestif, et une rentrée tardive avec séance 22 écourtée.

Quelques œuvres réalisées par Madame Line en Art postal illustre le cheminement thérapeutique



Photo 6 – Mme Line - 17.6.10
LA MARGUERITE
Collage et calligraphie



Photo 7 – Mme Line – 04.3.11
LA FETE
collage d'un texte fait de
mots prédécoupés et choisis



Photo 8 – Mme Line – 24.3.11
LE SALON DES AMIES
collage prédécoupés et
non découpés et peinture



Photo 9 – Mme Line – 15.4.11
LE PRINTEMPS
collage papier de soie
déchiré et peinture

F.4 - Les capacités expressionnelles pour Madame Line sont observées par les faisceaux d'item suivant, cotés de 1 à 5 :

- la thymie : angoissée, déprimée, apathique, calme, souriante
- l'expression émotionnelle : aucune, perceptible, repérée, répétée, manifeste
- la représentation de soi : dévalorisée, se sanctionne, inexprimée, dépendante, autonome

F.4 - Tableau et graphique des capacités expressionnelles

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
4 – Cotations des capacités expressionnelles – Madame line																																									
a	3	2	2	2	2	2	3	3	1	3	4	2	3	3	2	2	3	4	4	3	3	4	3	2	3	4	4	4	4	4	2	4	4	5	2	4	4	4	4		
b	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4	3	4	3	4	3	2	3	4	4	4	4	2	4	4	4	2	3	4	4	4	
c	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3	5	4	4	4	

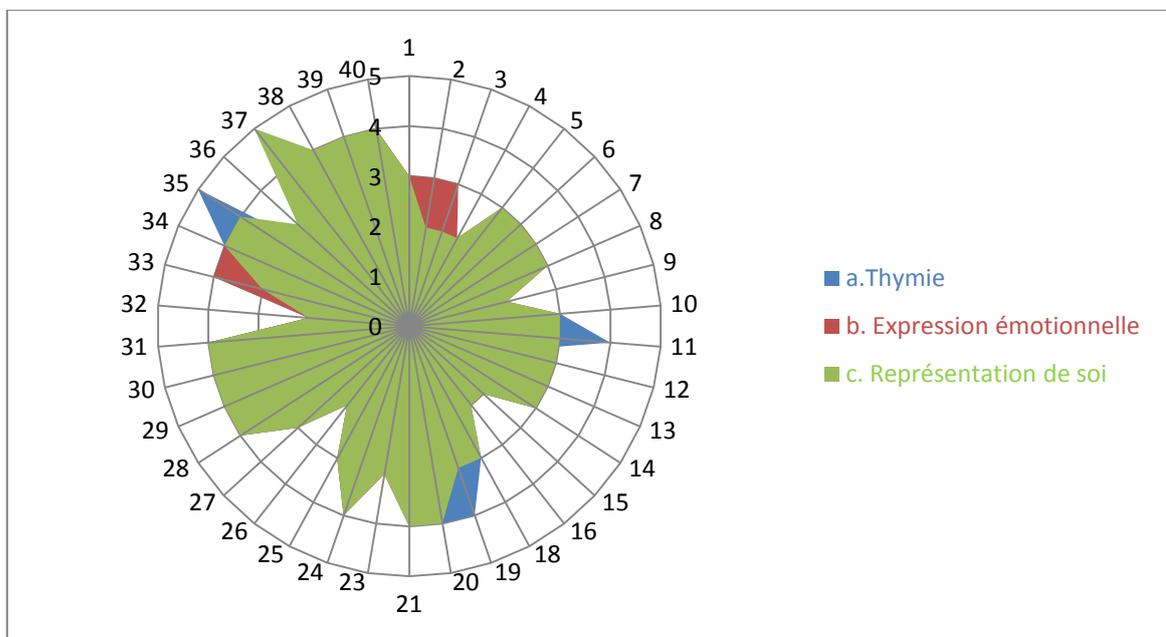


Figure 5 - CAPACITES EXPRESSIONNELLES - Madame Line

Les séances 9,15,16,26 et 32 sont soulignées par la fatigue et l'angoisse. La séance 36 est marquée par la dépression avec peu d'expression. Une asthénie qui se manifeste somatiquement par des dystonies neurovégétatives ou de troubles dyspeptiques. Les stéréotypies reviennent sous forme de comptage.

La situation des trois aires expressionnelles est quasiment identique.

La thymie est conforme à l'expression émotionnelle, et reflète sa représentation d'elle-même qui grandit doucement de l'inexpression à l'auto-sanction et la dépendance. Madame Line est passée de l'effacement à sa reconnaissance. Elle ne manifeste pas de plainte excessive.

F.5 - Les capacités relationnelles sont observées par les faisceaux d'items suivants :

- modalité de l'implication relationnelle : absente, écoute, expressive, relationnelle, privilégiée
- fonction de l'implication relationnelle : dépendante, demande de protection, demande d'aide, partagée, autonome
- quantité d'implication relationnelle : rare (1à2), limitée (3à5), correspondante (5à7), fréquente (7à10), continue (+10)

F.5 - Tableau et graphique des capacités relationnelles

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
5 – Cotations des capacités relationnelles – Madame Line																																										
a	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	4	2	4	4	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	
b	3	3	3	1	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	4	4	4	2	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4
c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	3	1	1	2	3	3	3	3	2	3	2	1	2	3	4	4	4	2	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4

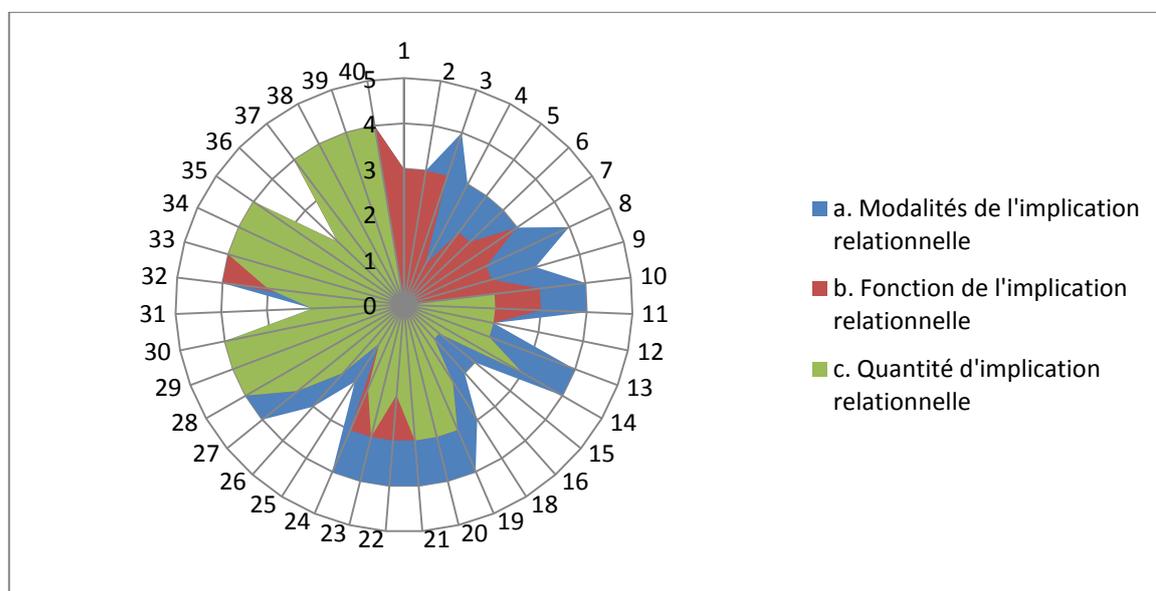


Figure 6 – CAPACITES RELATIONNELLES - Madame Line

Il est observé que les séances 1 à 9 ne relèvent pas de quantitatif relationnel. L'évolution du comportement de Madame Line a entraîné une modification de la fiche d'observation, qui a été complétée.

Les séances 12 et 13 enregistrent une aggravation de l'agraphie, elles sont chargées de manifestations d'angoisse. La séance 36 trouve confusion verbale et gestuelle. Ces trois séances reprennent les données expressionnelles.

Les modalités relationnelles de Madame Line sont à l'instar de sa personnalité, avec une affectivité toujours présente et reflète l'expressivité relevée. Elles se distancient de la demande d'aide en séance 28 pour accéder au relationnel partagé et s'y maintenir. Cette relation partagée est symétrique à sa quantité.

F.7 – Les capacités de choix et d’initiatives sont observées dans leur émission avec les faisceaux d’items suivants :

- pas de choix ou d’initiative, si sollicitation (1à3), avec hésitation (3à5), avec plaisir (6à9), spontanément (+10)

F.7 - Tableau des capacités de choix et d’initiatives

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
7 – Cotation des capacités de choix – Madame Line																																									
a	0	1	1	1	1	1	2	2	0	2	2	2	3	2	0	0	2	2	3	4	2	3	2	1	2	4	4	4	4	4	0	3	4	4	2	3	3	3	4	4	
b	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	2	3	0	3	2	0	1	3	3	4	3	0	2	3	3	2	3	4	3	4	3	4	

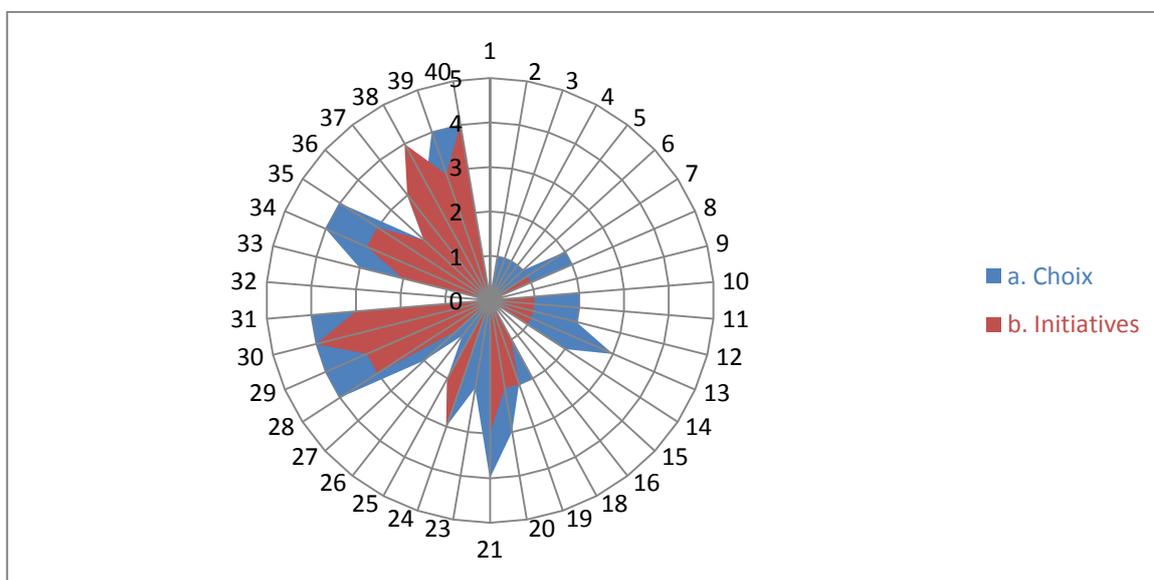


Figure 8 – CAPACITE A FAIRE DES CHOIX ET PRENDRE DES INITIATIVES – Madame Line

Il est observé que les choix sont inopérants en début de prise en charge, pour balbutier à la 7^{ème} séance et s’affirmer à la 28^{ème}. Les prises d’initiatives en sont le miroir, et n’apparaissent qu’à la 7^{ème} séance. Elles fluctuent ensuite jusqu’à la 28^{ème} pour s’affirmer à la 34^{ème} séance. Ces capacités à choisir et prendre des initiatives montrent que l’affirmation de soi est possible dans un espace sécurisé. Pendant ces dernières séances, Madame Line a spontanément émis des positions claires pour choisir une thématique d’envoi, une couleur, un outil, ce qui confirme que la confiance en soi peut se transformer par moments en des accents d’affirmation de soi.

F.8 – L’auto-évaluation a été difficile au début de la prise en charge, Madame Line s’arrêtant à l’appréciation affective du Bon. Son attrait pour les choses de la beauté n’étant pas de volonté purement artistique, elle assimilait le beau à la quantité et la qualité de retours possibles à ces demandes d’intérêt. N’étant pas encore en capacité à « être » elle n’éprouvait pas de considération pour elle-même et ne pouvait s’auto-évaluer.

F.8 - Tableau de l’auto-évaluation

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50							
8 – Cotations de l’auto-évaluation – Madame Line																																																									
a	2	2	2	2	2	2	3	3	0	3	4	4	4	4	0	0	3	4	4	4	3	4	4	0	4	4	5	5	5	0	4	5	4	3	4	5	4	3	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5			
b	2	2	2	2	2	2	3	3	0	3	3	3	3	3	0	0	2	4	4	4	3	4	4	0	3	4	5	4	4	0	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
c	3	3	3	3	3	3	3	4	0	3	4	4	4	4	0	0	3	4	5	5	4	4	4	0	4	5	5	5	5	0	4	5	4	2	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5

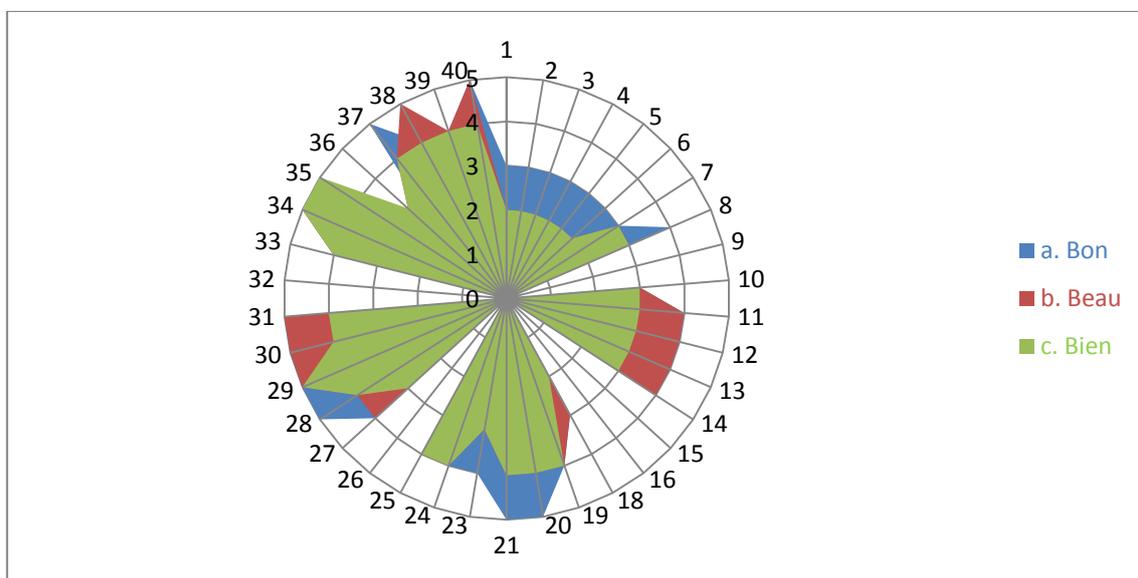


Figure 9 - AUTO-EVALUATION - Madame Line

Les six premières séances sont « conformes » et sans plaisir.
 Le Bon s’installe à la 7^{ème} séance pour exister en tant que tel à 11^{ème}.
 Le Beau est un fond indiscutable de son ressenti esthétique qui revigore sa qualité existentielle.
 Le Bien devient son implication, comme la recherche ou le désir du plaisir.

3.16 La globalisation des résultats sur les capacités expressionnelles, attentionnelles et les capacités de choix valide l'hypothèse de réassurance et de confiance en soi sans atteindre l'affirmation de soi

L'ensemble de l'analyse, repèrent les séances 9, 15, 16, 26 et 32 par des sites d'action dus à la fatigue et à l'angoisse.

La globalisation des résultats repère le manifeste des différentes aires d'implications à partir des séances 19 et 20.

La labilité émotionnelle et thymique due aux lésions de la maladie n'a pas empêché la confiance en soi de s'affirmer dans un espace calme et protégé. Les troubles cognitifs ne permettent pas de faire face à une situation sociale, si petite soit-elle représentée. L'affirmation de soi ne sera pas possible.

Cependant la capacité de choix s'est exprimée, elle assure l'identité de Madame Line et préserve son autonomie, même partielle.

Par ailleurs, les aires expressionnelles et relationnelles confortent la confiance en soi à la 28^{ème} séance, appuyées par le Bien. Le bon est en miroir avec la thymie de Madame Line dans son espace relationnel.

Une globalisation des évaluations peut-être proposée :

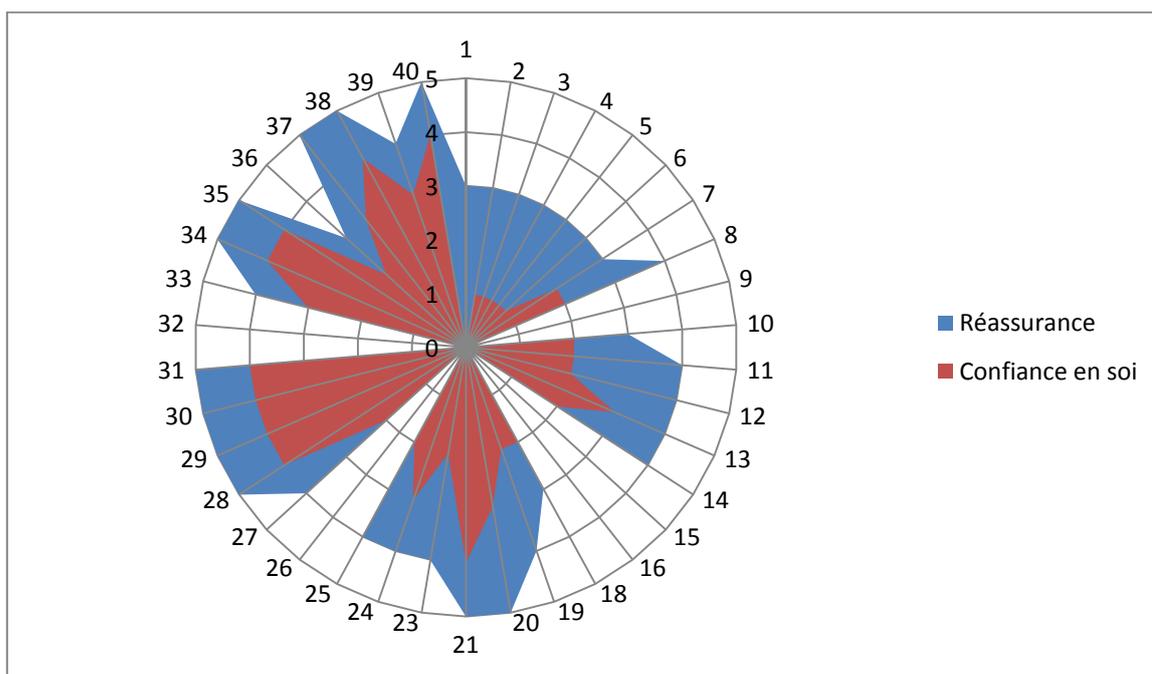


Figure 10 – REASSURANCE ET CONFIANCE - Madame Line

La réassurance est appréciée par la synthèse du Bon de l'auto-évaluation, de la représentation de soi et des capacités relationnelles, la confiance en soi est relevée par les capacités décisionnelles.

La gratification sensorielle tout en apportant une saveur à Madame Line lui permet de se rassurer et de prendre confiance en elle.

III – L’UTILISATION DE L’ART POSTAL EN ART-THERAPIE FAVORISE LES RELATIONS ENTRE LA PERSONNE ATTEINTE DE MA ET SON ENTOURAGE

A. LES MOTIVATIONS DU MEMOIRE SE BASENT SUR DIFFERENTS TRAVAUX ETUDIANT LE COMPORTEMENT DE LA PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE D’ALZHEIMER

1. Le rapport de l’ANAES⁴⁷

« Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d’Alzheimer et des troubles apparentés » fait état d’un panel de prises en charge allant des pratiques rééducatives, animatives, aux approches psychothérapeutiques diverses, et d’une tentative d’évaluation objective des résultats obtenus chez des patients observés. Cette évaluation réfute une traduction significative de progrès cognitifs, cependant relève des améliorations comportementales chez ces mêmes patients.

2. Une étude réalisée par le CHU de Toulouse

Pour personnes âgées MA en institution, conclue qu’ « un atelier de médiation thérapeutique ... permet de construire un groupe, d’établir une relation de bienveillance entre résidents et praticiens, de lutter contre l’isolement et à terme l’exclusion. De plus il facilite l’amorce d’un travail individuel en offrant un accès singulier à l’imaginaire et au travail de mémoire qui passe par l’expérience de soi, des autres et de la culture identitaire. Ainsi du côté des personnes âgées institutionnalisées il tisse un réseau social et créatif, du côté des soignants émergent de nouveaux regards et une mutualisation des moyens »⁴⁸.

3. Une étude pluridisciplinaire de l’Université Lumière Lyon 2

Sur l’ « Evaluation des effets de l’atelier conte auprès des personnes institutionnalisées atteintes par la maladie d’Alzheimer évoluée ou apparentée »⁴⁹ a confronté les éléments objectifs d’un protocole scientifique, d’une analyse anthropologique, et des grilles spécifiques résultant de la perception des soignants, des conteurs, des familles et Aidants. Les résultats de cette étude révèlent un facteur de mieux-être et de lien social dans les relations de soins et entre protagonistes, une qualité d’écoute active par les patients entraînant une diminution significative de l’agitation verbale non agressive. Cette passerelle entre le monde du soin et l’Art pose cependant la question de l’adaptation d’outils d’évaluation, les échelles cliniques utilisées par les psychologues des établissements et un organisme indépendant ne semblant pas être adaptés à ces prises en charge non-médicamenteuses.

4. La fondation nationale de gérontologie contribue à promouvoir des actions novatrices

Elle a témoigné de solutions d’accompagnement à domicile ou en institution et changé le regard sur la maladie d’Alzheimer. Pour ce faire, elle a participé à la construction de modules d’informations et de reportages sous présentation de formation et de DVD « Alzheimer –

⁴⁷ ANAES : Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé

⁴⁸ JL SUDRES, C ROS *Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment ...*Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Oct. 2004-tome VII-n°79

⁴⁹ Etude réalisée par le Laboratoire INDIVIDU, SANTE, SOCIETE (EA-SIS4129) de l’Université Lumière Lyon 2 et l’association CONFLUENCES – 15/5/2009

l'accompagnement en action – Grande Cause Nationale 2007 »⁵⁰. Cette sensibilisation largement diffusée lors des conférences du Plan Alzheimer par les régions et les Agences Régionales des Hospitalisations devenues ARS*, fait état d'expériences positives réalisées dans tous les lieux d'accueil de patients MA et de santé en France.

L'une d'elle a retenu mon attention, « Communiquer avec l'extérieur » au sein d'une Maison de retraite départementale à Saint-Pierre de Trivisy (81). Il s'agissait de la mise en place d'une animation spécifique pour les personnes de l'unité Alzheimer, l'Art postal. Cette application artistique a permis une action d'art-thérapie et un échange de correspondance avec le relai de l'association bénévole Volubilo. De cette idée simple, ont jailli de magnifiques échanges et des cahiers haut en couleurs qui ont participé au quotidien des personnes malades. Plusieurs contacts avec les protagonistes de l'action m'ont permis de partager une critique supposée de la démarche et d'émettre l'hypothèse d'adapter un projet de maintien de vie sociale avec les patients dont les prises en charge m'étaient confiées.

B. LES METHODES D'INTERVENTIONS PROPOSEES AUX PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER SONT CRITICABLES

Deux approches sont proposées

En préambule, les manifestations d'expression, de communication et de relation sont développées, puis critiquées avec :

- l'intérêt de la stimulation cognitive en premier lieu
- puis les atouts de la démarche art-thérapeutique

Chaque pratique mettant l'accent sur leurs avantages.

Expression

Je distingue ma personne du monde par la succession des « ressentis » éprouvés ou leur impression, ce sont les émotions. Cette intériorisation du monde extérieur tend donc à s'extérioriser. Ces émotions orientent nos comportements sociaux, JL Moreno⁵¹ parle de « conservation des équipements personnels et expressionnels acquis aux cours de notre vie qui identifie notre corps, nos gestes, nos expressions et nos comportements ». Le cerveau traite cette captation émotive et sensorielle de façon neuro-psycho-physiologique ou reconnaissance*¹⁷ et l'applique extérieurement comme une activité. L'Art utilise cette activité qui stimule les facultés mentales de la mémoire et de l'imaginaire, corporelles en une action volontaire dirigée vers la production, puis en visée esthétique pour retrouver les stimulations qu'elle peut engendrer et le plaisir à les provoquer, c'est l'expression. Cette activité est le début d'un processus de communication.

Communication

« On ne peut pas ne pas communiquer » dit WATZLAWICK⁵². Communiquer vient du Latin « *commun care* » ce qui veut dire commun, qui appartient à tous. La communication existe dès qu'un organisme quelconque, vivant en particulier, affecte un autre organe en le modifiant ou en modifiant son action à partir de la transmission d'une information. La communication humaine met en œuvre un processus organisé, acte destiné à l'autre, comme un courant partant d'un émetteur vers un récepteur. Ce processus utilise le corps comme source non verbale, et représente plus de 80% de nos interprétations. Jacques CORRAZE⁵³ rappelle l'importance des canaux chimiques, ils sont le transport d'informations qui caractérise la communication. Une

⁵⁰ Réalisés par SHIFTER Production sous l'égide de la Fondation Nationale de Gérontologie

⁵¹ Jacob Levy Moreno : 1889-1974 médecin psychiatre psychosociologue et philosophe a fondé le « psychodrame » et la sociométrie en 1930

⁵² WATZLAWICK : psychologue sociologue 1921/2007 Membre fondateur de l'Ecole de Palo Alto - *Une logique de communication* – éd. Essais chez Point – p 48

⁵³ Jacques CORRAZE : *Les communications non verbales* – éd. PUF – p 119

œuvre d'art est ainsi communicante par et pour les sens. En art-thérapie, l'utilisation de ces canaux est prépondérante. Ce sont des modalités de communication accessibles, adaptées à la compréhension non verbale, la communication par l'Art, la communication des sens.

Relation

Le déficit à la relation impacte l'environnement social de la personne. Dans l'accompagnement de la personne atteinte de MA, la relation est avant tout thérapeutique. Afin de construire une relation fondée sur la participation active de la personne avec respect en valorisant son estime, quel que soit son état physique et psychologique, il convient de s'inscrire dans une démarche d'écoute active. C'est à dire entendre et reconnaître ses sentiments, ses besoins et les reformuler. C'est faire preuve d'empathie, accepter l'autre dans l'état dans lequel il se trouve. Pendant l'activité artistique, la relation continue son processus existentiel par la vibration « sympathique » qui crée une intimité entre les personnes participatives, cette vibration est un courant dynamique qui conforte et maintient la relation.

De ces considérations, regardons la critique qui en est faite :

a. L'intérêt de la stimulation cognitive

L'étude PAQUID montre que la réserve cognitive^G et l'intensité de l'activité cognitive a un effet protecteur sur la maladie d'Alzheimer et sous tend que la sollicitation des capacités préservées et résiduelles renforcerait les réseaux neuronaux peu ou pas atteints par la maladie et permettrait de ralentir la progression des déficits.

Apparue dans les années 1980, la stimulation cognitive est une technique de prise en charge non médicamenteuse basée sur une rééducation neuropsychologique en approche complémentaire des traitements pharmacologiques. C'est une approche pédagogique globale, cognitive, psychologique et sociale qui s'appuie sur la plasticité cérébrale^G, les mécanismes et la mémoire et de l'apprentissage. Son objectif est de réduire le déclin en sollicitant de manière appropriée les capacités cognitives et psychosociales pour maintenir l'autonomie, redonner confiance et estime de soi, renforcer la motivation, la communication et les liens sociaux. Sont ainsi sollicités les mémoires sensorielle, affective, autobiographique et sémantique. Les patients sont accueillis par petits groupes en atelier. L'animation commence par la reconnaissance de la date du jour, du vécu de la journée. Des images, sons, mots, chiffres, objets sont mémorisés avec des exercices de fluidité verbale et de compréhension de texte, une écoute musicale et de l'improvisation.

Le Docteur Alain BOTTERO psychiatre signale les résultats d'essais comparatifs de stimulation cognitive, avec randomisation à partir d'un échantillon de 115 sujets. Le Professeur FORETTE gérontologue et Madame de ROTOU neuropsychologue ont élaboré un programme d'activité cognitive, le « P.A.C. Sénior » repris par les établissements hospitaliers et structures d'accueil de personnes atteintes de MA.

L'application de cette méthode varie avec les moyens octroyés par les structures, elle s'est étendue à la prévention sanitaire en gériatrie, on la retrouve comme guide de stimulation dans les établissements EHPAD. L'application à la Résidence Saint Joseph se traduit par des animations d'une heure les matins et les après-midis, pour l'ensemble des résidents, soit vingt ou trente personnes installées dans le salon de jour. Ces animations sont exercées par les aides-soignantes formées ou non. Si la traduction de la méthode diffère sensiblement du protocole initial il a le mérite de répondre aux besoins des usagers et le dynamisme déployé par ces professionnelles du grand âge pour mobiliser et capter l'intérêt est à saluer, leur patience quelques fois mise à l'épreuve. Les limites de cette animation se heurtent à

l'individualisation que nécessiterait un tiers des personnes accueillies par la structure, ces dernières incapables de participer, ou ne serait-ce qu'apprécier les propositions faites, se retirent dans leur monde intérieur...

a.1. Quelques données neuropsychologiques sont présentées

Nos pensées et actions résultent de la mise en œuvre des fonctions cognitives et des processus émotionnels qui s'interpénètrent. Etymologiquement du latin « *emovere et motio* », l'émotion est un mouvement qui colore de façon positive ou négative nos sentiments. Elle entraîne des modifications réactionnelles comme une rougeur ou une pâleur du visage, musculaires comme le sourire ou la grimace, comportementales comme s'agiter sans contrôle.

Le déclenchement de l'émotion alerte nos comportements par des pulsions motivationnelles de manque puis de détente où s'inscrit la satisfaction. Cette énergie motivationnelle englobe une déclinaison de besoins physiologiques fondamentaux et de comportements plus élaborés comme la cognition. A. Damasio⁵⁴ nous montre comment l'émotion fonctionne comme levier décisionnel directement impliqués dans les processus cognitifs.

L'amygdale est considérée comme un élément central de la gestion des émotions, de par ses connexions, elle serait le lieu d'intégration de la composante émotionnelle des informations véhiculées par les voies sensitives et sensorielles dont elle permettrait en lien avec la mémoire, de dégager les réponses significatives, biologiques et comportementales. Or l'amygdale favoriserait l'encodage comme le rappel en mémoire épisodique à contenu émotionnel, ce qui laisserait supposer une réponse adaptée avec l'activation des émotions chez les personnes atteintes de MA.

Or R. GIL nous rappelle que « la cognition sociale permet à l'individu de mettre en œuvre sa capacité à « inter-agir » avec son environnement ; cette capacité adaptative qui peut être dénommée intelligence sociale est fondée sur des processus cognitivo-émotionnel qui permettent de nouer dans un écheveau complexe la conscience de soi et la conscience (c'est-à-dire la connaissance) de l'autre par soi tout en restant soi⁵⁵ ».

a.2. L'intervenant en stimulation cognitive encourage les voies accessibles pour répondre à la sollicitation

La sphère de la cognition est rapportée à l'individu doué de capacités mentales lui permettant de penser et d'agir. La cognition humaine recourt systématiquement à des processus de compréhension spontanée. La sphère de la communication et par extension de la relation est relative à l'information échangée entre individus, supposant que ces derniers en possèdent les représentations et les intentions. Les traces, gestes et objets de la communication sont des intermédiaires pour la cognition, ces supports sont de formes et de natures différentes.

C'est souvent l'animateur en gérontologie qui pratique cette stimulation, avec des activités ludiques, mais aussi impersonnelles, qui ne suscitent pas forcément les émotions et ne réveillent pas ou peu l'envie, le besoin d'extérioriser le ressenti. De plus, ces sollicitations sont souvent exercées de façon collective et favorisent donc peu le réveil émotionnel. La communication présente une face tronquée de l'intimité de la personne.

a.3. La stimulation cognitive diffère des ateliers mémoire

Elle sollicite des connaissances préservées et cherche à automatiser de nouvelles stratégies dans un objectif d'appartenance au groupe social. Ces stratégies s'appuient sur la répétition, les associations mentales, les catégorisations et classifications et l'indiçage (spatial,

⁵⁴ Antonio DAMASIO : neuroscientifique de renom né au Portugal en 1944 dont les travaux portent sur l'étude des bases neuronales de la cognition et du comportement relève le défaut d'activation de marqueurs somatiques dans les sociopathies lors des aptitudes décisionnelles

⁵⁵ R.GIL : *Neuropsychologie 4ème édition* - Masson - p351

sémantique, phonologique, visuel et contextuel). L'exemple dans la vie quotidienne et le transfert d'apprentissage en est le principal ingrédient qui s'appuie sur la vie de groupe et le partage des connaissances.

Pour faciliter la relation, la stimulation cognitive s'appuie sur le rappel temporel pour une stimulation mnésique commune et sur les exercices partagés pour favoriser l'échange entre les personnes dans la connaissance et l'expérience des informations mises en commun. Seront cités comme exemple, la lecture commune d'un journal ou d'une revue, la pratique des mots usuels dont il faut compléter les lettres manquantes, les titres de chansons populaires qu'il faut retrouver et chanter ensemble. L'intérêt de cette méthode réside en un partage commun d'apprentissages et surtout en l'invitation aux échanges entre patients. Ces derniers entrent dans un jeu où se réveillent incitation, amusement et compétition. L'inconvénient de cette méthode en est la rapidité et la non accessibilité des personnes les plus atteintes qui se retrouvent écartées et s'enfoncent dans le repli.

a. Les atouts de l'Art-thérapie

Le REPÈRE METIER DE L'ART-THERAPEUTE⁵⁶ définit la discipline comme étant « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique » travaillant sous l'autorité médicale dans le secteur sanitaire ou sous l'autorité administrative de l'institution dans le secteur social et disposant d'un code déontologique.

Le ROME⁵⁷, outil d'orientation et de sélection professionnelle, donne une définition du métier, le regroupant dans la sphère de la psychologie « K1104 » pour réaliser des actions d'analyse, d'évaluations et de conseils selon les besoins des personnes afin de leur apporter soutien et aide psychologique.

La thérapie est avant tout une relation, l'Art un moyen d'expression, l'Art-thérapie utilise le processeur artistique comme médiateur sanitaire. La maladie d'Alzheimer affecte la communication par un appauvrissement du langage, l'art-thérapie propose une forme de communication non verbale qui s'adapte aux aptitudes de la personne, utilise ses potentialités, et réactive les capacités oubliées. La personne peut à nouveau produire une expression d'elle-même, grâce à l'écoute attentive et la confiance développée par l'art-thérapeute. Il s'agit bien de « savoir »-être ». Privée des capacités de mémorisation, désorientée, la personne est dépassée par tout ce qui l'entoure, elle est envahie par l'insécurité. L'art-thérapeute écoute, rassure, conforte, explique, apaise et permet. L'Art ouvre les portes du merveilleux et de l'élévation de l'âme, c'est un espace de liberté dans le quotidien morose de la personne.

b.1. L'Art-thérapie favorise l'expression

L'expression est une manifestation sensible du monde intérieur vers l'extérieur, or « Si toute activité d'extériorisation est expression, l'art est une activité expressive⁵⁸...c'est-à-dire qu'à l'activité d'intériorisation des choses extérieures à l'homme, il faut associer l'activité d'extériorisation des choses intérieures à l'homme... En cela, l'Art est bien une activité privilégiée d'expression de la qualité existentielle de l'homme ». Cette expression de soi-même dans la société, est entretenue par le biais expressionniste de nos émotions. Nous avons vu précédemment que la personne atteinte de MA perd sa capacité à vivre ses émotions, se retirant ainsi du monde social et vivant, pour s'éteindre dans un monde vide de stimulations et de sensations, aggravant ainsi son apathie constitutive.

⁵⁶ Repère métier : publication AFRATAPEM – Avril 2009 – 2^{ème} édition

⁵⁷ ROME : Répertoire Opérationnel des métiers et emplois produit à la Direction des statistiques, de l'évaluation et de la recherche

⁵⁸ R. FORESTIER : *l'art occidental* - Favre - p 165

Jean-Luc SUDRES⁵⁹ évoque la déliaison du lien social chez la personne vulnérable, causée par la symptomatologie déficitaire de la maladie, pouvant être enrayée par une méthodologie simple qui permet de maintenir vivantes ces personnes, j'ai nommé l'Art-thérapie.

Différentes études sur le cerveau humain démontrent que vivre dans un environnement riche de stimulations mentales produit des changements cérébraux positifs. L'Art-thérapie en exploitant la neuroplasticité résiduelle de la personne atteinte de MA stimule des capacités cognitives qui peuvent se maintenir à l'aide de stimulations sensorielles et expressionnelles.

Sur la base des ressentis divers exprimables, nous avons retenu quatre émotions de base : peur, colère, tristesse, joie. Elles se traduisent dans un cycle fait de charge d'énergie qui s'accumule, puis de tension qui peut séjourner voire se bloquer dans différentes parties du corps, enfin de décharge qui relâche la tension, dépensant l'énergie accumulée, entraînant ainsi une relaxation satisfaisante pour le corps et le psychisme. L'étude montre l'évolution de la résultante émotionnelle sur l'implication artistique du patient, une coloration qui sort peu à peu la personne de son apathie. C'est un geste vécu de l'intérieur, rattaché à un intérêt, une motivation qui ouvre la voie à l'identité intrinsèque, entre dans la vie psychique et contribue à son développement. Mireille WEINLAND⁶⁰ nous dit que « le sujet reconnaît la trace comme sienne, comme projection de lui-même, le reliant à l'autre grâce au regard qu'il porte sur elle, créant ainsi un jeu de miroir, une circulation, synonyme de vie « voir, c'est sentir et éprouver »... l'art fait le lien entre le monde interne de l'homme et le monde externe... et c'est un aller retour entre soi et soi, soi et l'autre, entre le monde et lui-même ».

b.2. Les émotions de la personne Alzheimer s'expriment dans la pratique artistique

Exclue du courant social, reclue en institution, la personne Alzheimer retrouve identité, force et ressources dans l'intimité de ses émotions. Et c'est avec cette activité expressive que s'effectue le début de l'observation en art-thérapie. Ces observations cliniques figurent l'avancée positive qu'éprouvent ces personnes en atelier d'art-thérapie, lorsque s'éveillent les ressentis à la contemplation d'une réalisation, à la caresse d'une matière, l'odeur d'une encre, ou la simple satisfaction de regarder la transformation de la réalisation. Observation est faite que l'impact sensoriel provoque une réaction physiologique et psychologique chez la personne, la dite émotion. Cette expression s'exalte et devient plaisir avec le résultat d'une trace, d'une création, elle est authentique et directe, elle transforme la personne objet de soins en sujet, sujet vivant et individualisé. Cette expression trouve un but avec un projet possible dans la pratique de l'Art et de l'Art postal ici, en particulier.

b.3. Avec l'Art-thérapie, le projet artistique de la personne devient communication

En Art, communication et relation sont différentes⁶¹, la première relevant du sens lorsque domine la signification conceptuelle ou le transport informatif, la seconde du lien lorsque la fonction existentielle ou l'échange humain est dominant. Or communiquer, c'est en premier lieu, avoir conscience d'exister, pour transmettre ; nous avons vu précédemment que l'Art développe la représentation de soi en développant les émotions.

Dans l'activité artistique, la personne reçoit toutes ces informations extérieures par les sens qui provoquent une stimulation des facultés mentales et entraîne une réaction corporelle, une expression, et cette expression va tendre vers une communication, principe physique de la transmission d'informations.

Pour ce faire, l'art-thérapeute utilise le pouvoir expressif comme une valeur communicante et l'effet relationnel de l'art dans une visée thérapeutique. Il exploite ce processus avec

⁵⁹ J.L SUDRES : *La personne âgée en art-thérapie de l'expression au lien social* - L'Harmattan - p247

⁶⁰ Mireille WEILLAND : Docteur en Arts plastiques et professeur certifié - *Enjeux contemporains de l'art-thérapie* – CEREP Intervention du 5 mai 2008

⁶¹ R FORESTIER : *L'Art occidental* – éd Favre – p 219

l'intention, l'action et la production. Son observation objective et rigoureuse tout au long de la prise en charge, oriente l'activité artistique dans un sens thérapeutique où l'évaluation réajuste et ponctue cette activité.

b.4. La personne Alzheimer communique par l'intermédiaire de l'Art postal

L'individualisation et l'évaluation continue stimule, le relationnel étaye et mobilise la personne. L'Art comme activité spécifique humaine établit un rapport entre elle, son monde intérieur et le monde extérieur donc d'autres humains, l'Art postal, source d'échanges repérables en est le garant.

b.5. L'Art-thérapie favorise les modalités expressives et relationnelles de la personne par son approche individualisée

L'objectif de l'art-thérapeute est de réengager le processus relationnel. L'art-thérapie en exploitant toutes les formes de communication avec les techniques plurielles mises à disposition, nourrit la relation. La parole n'est pas la seule réponse à l'échange, décoder les comportements d'une personne aphasique demande empathie et création, écoute et connaissance de l'autre. La confiance s'installe entre le patient et l'art-thérapeute, l'expression devenue communication se transforme peu à peu en une relation, dépendante lorsque la personne est angoissée, partagée lorsque la personne est calme et ouverte.

b.6. La production artistique favorise le lien avec l'entourage familial et amical

La personne comprend avec le temps et les retours des envois qu'une symétrie s'installe lui apportant des résultats bénéfiques. Peu à peu elle fait le lien, soit entre les réceptions qui reprennent la thématique envoyée, soit par la sollicitation affective qui réveille des circuits neuronaux, parce que représentée en séance suivante pour favoriser la captation.

b. Synthèse de la critique

	STIMULATION COGNITIVE	ART-THERAPIE
EXPRESSION	Encouragée par des activités ludiques et impersonnelles en utilisant les sens actifs	Stimulée par l'impression sensible de l'Art et le ressenti des émotions
COMMUNICATION	Est fondée sur la relation entre les personnes « patients »	Le projet artistique devient une communication
RELATION	Est une action collective, sans réveil émotionnel	est individualisée et porteuse de sens
ATTENTES RESULTATS	Cherche à ralentir le déclin, A un effet protecteur, Cherche à automatiser de nouvelles stratégies sociales.	Améliore la qualité existentielle, Maintient les capacités cognitives, comportementales, voire améliore les troubles, Intègre l'Art et le merveilleux comme une liberté dans le quotidien.

C. L'ETUDE MONTRE QUE L'UTILISATION DE L'ART POSTAL EN ART-THERAPIE FAVORISE LES RELATIONS D'UN PATIENT ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER AMELIORANT SA REVALORISATION ET PARTICIPANT AINSI AU MAINTIEN RESIDUEL DE SON AUTONOMIE

1. La personne atteinte de MA retrouve son identité et une qualité existentielle et l'utilise en séance d'art-thérapie avec l'Art postal

La pyramide des besoins d'Abraham Maslow⁶² schématise une théorie motivationnelle de cinq niveaux physiologiques et psychologiques temporaires ne pouvant être satisfaits que successivement. Bien que fondée et largement utilisée en psychologie du travail et sociale, il semble que l'ordonnance des satisfactions puisse être remise en cause par un contexte environnemental ou intra personnel. D'autres réflexions sont à prendre en considération sur la construction identitaire.

La philosophie antique considère que la recherche du bonheur est la base de la motivation, les autres attentes n'étant que des objectifs partiels d'atteintes. L'idée de motivation « *epithumia* » relevée chez Platon⁶³ est à l'origine de la recherche de subsistance et de reproduction, elle est le siège des besoins physiques exigeant un contrôle par les émotions « *le thumos* » et une maîtrise par la raison « *noos* », elle est une fonction appétitive ou conative et s'oppose à la cognition.

La satisfaction des besoins intègre la valeur de soi, nécessite l'optimisation des parties saines pour s'exprimer et tendre vers une réalisation de soi. L'estime de soi est nécessaire à notre propre équilibre et à notre intégration sociale, cependant elle est fragile, et nécessite le renforcement ou la restauration chez la personne déficiente. C'est la réalisation de soi qui place l'individu dans l'univers et développe son sentiment d'appartenance et de sens à la vie.

La construction d'un projet de soin quel qu'il soit, passe par l'accompagnement du patient, ce qui consiste à prendre en compte à la fois la dimension organique de la maladie, mais aussi ses répercussions aux niveaux psychologique, familial et social.

Dés lors, il est utile de partager avec la famille les objectifs assignés dans la prise en charge.

1.1. L'Art-thérapie utilise les traces laissées par la personne MA avec l'Art postal

Solliciter les sens chez la personne atteinte de MA, suscite souvent une réminiscence lointaine. La captation d'une image forte réalisée la semaine précédente et mise en valeur par une mise en scène, réveille des sensations qui déclenchent un intérêt, une motivation, une activité soudaine possible malgré les difficultés praxiques. Elle ne se souvient pas toujours de sa réalisation, mais elle sent que cela lui appartient, elle reconnaît quelque chose d'elle, le geste, la couleur, la forme. Il devient important pour elle d'en faire quelque chose. Ce quelque chose est une enveloppe qui se montre, et la valorise, c'est aussi un vecteur de lien qui appelle une réponse.

1.2. L'échange épistolaire laisse une trace

Les contacts avec les familles permettent d'instaurer des liens, de maintenir une relation qui tend à s'altérer avec le temps. Favoriser l'élan naturel de ces personnes vers leurs proches en utilisant leurs potentialités à tracer, conforte des relations avec la complicité de la famille et d'amis. Les cartes et enveloppes illustrent les liens affectifs. Ils sont les témoins visuels de

⁶² Abraham Maslow : psychologue humaniste 1908 - 1970 – théorie des motivations « Pyramide des besoins »

⁶³ Platon : la *République*, « la division tripartite de l'âme, apprentissage Noos, humeur thumos, subsistance epithumia » traduction Émile Chambry, Société d'édition des Belles Lettres, Paris 1961

l'échange et l'affection. Leurs présences sont repérables dans les chambres. Ils sont de plus les repères de la mémoire autobiographique.

1.3. Les personnes prise en soin retrouvent une qualité existentielle

Le contact soutenu avec des repères affectifs et ou familiaux comme des membres familiaux, des amis, ou un lien avec une personne de leur choix, permet de ritualiser l'action de communication dans une expression ayant un but objectif de don et subjectif de réponse. Les émotions suscitées et retrouvées pendant l'activité artistique peuvent revigorer la personne, elles s'expriment avec des ressentis passés et s'inscrivent dans un présent rajeuni et vivant. C'est cette vie retrouvée qui anime la personne.

1.4. Ils s'inscrivent dans un projet

L'activité d'Art postal peut-être interrompue d'une séance à l'autre, la personne peut avoir besoin de temps pour achever sa production. Il est à souligner que les prises en charge de personnes dont la maladie est avancée, nécessite d'agir sur le présent, donc de finir la production en cours, même si elle ne présente pas l'aspect final escompté ; à charge pour l'art-thérapeute de révéler l'inaccompli dans l'esthétique attendu, voir de mettre en scène la production pour la valoriser. Dans le cadre de l'atelier avec des personnes souffrant d'un stade débutant ou de troubles apparentés, le temps d'une semaine entre 2 séances efface le souvenir de la réalisation en cours. Une stimulation est donc nécessaire à chaque début de séance d'art-thérapie pour resituer l'activité artistique. Après avoir utilisé la propension de captation de la personne en re-découvrant sa réalisation en cours, en stimulant ses sens par les matériaux utilisés, la vision colorée de la production inachevée, en re-présentant les attributs du projet, la personne vibre à nouveau du plaisir de faire.

Recherche de supports, sujets, matières devient un jeu qui s'inscrit dans la simple intervention thérapeutique. Les périodes de l'année, les thématiques symboliques, la connaissance d'une période de la vie des patients sont autant de liens exploités au profit des mémoires défaillantes. Toutes ces petites choses de l'existence sont récupérées pour étayer l'émotion, la lueur d'un souvenir et enfin devenir trace sur l'enveloppe, pour devenir projet de vie ou projet de journée.

1. La personne atteinte de MA dispose d'une autonomie

2.1. Il convient de préciser ce qu'est l'autonomie individuelle et sociale de la personne MA

Face à une profusion de sens et d'utilisation, il est utile de rappeler l'étymologie du mot autonomie, provenant de deux mots grecs « *auto* » qui veut dire « soi-même » et « *noms* » qui signifie « loi » ou « règle ». Comme définie par l'Ecole de Tours, l'autonomie est avant tout, le bien être physique, psychique, et social.

Donald WINNICOTT dit que « l'espace transitionnel (ou l'espace intermédiaire entre le dehors et le dedans) est un lien espace d'autonomie »⁶⁴. Selon KANT, « l'autonomie est le choix qui ne repose que sur la volonté propre de l'homme, et tout choix qui serait soumis à un élément extérieur relèverait au contraire de l'hétéronomie. L'autonomie semble être :

- une manière de faire apparaître l'identité « ce que je suis, ce que je fais »
- la combinaison de trois facteurs : celui de choisir par soi-même, celui d'agir sans l'intervention d'un tiers, et celui de disposer de réflexion et d'action.

Dans le contexte institutionnel où vit la personne atteinte de MA, l'autonomie sociale est contrainte par les règles de vie communautaire, réduisant la latitude d'action et de décision, l'autonomie individuelle est restreinte par l'atteinte neurologique impactant le sens critique

⁶⁴ Donald WINNICOTT : « *Jeu et réalité* » - éd. Folio essais – chapitre I

et la représentation spatio-temporelle. L'autonomie prend alors un sens nouveau et gradué par les capacités et la personnalité de la personne.

2.2. La notion de dépendance est développée

La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, réels ou idéels, qui relève de la satisfaction d'un besoin. La dépendance est vécue comme un aveu de faiblesse, pourtant ce n'est ni une faute, ni une facilité, la condamner est condamner ses propres besoins. La personne souffrant de MA a des besoins physiques et psychologiques qu'elle ne peut assurer, et dépend donc des autres pour y répondre. La vieillesse et la maladie deviennent ses limites, souffrances et douleurs.

L'imagination et la création peuvent être une réponse à l'absence de liberté et à l'astreinte environnementale, le plaisir engendré par l'activité artistique est une ouverture d'indépendance, il prend racine dans le goût à faire, et s'affirme dans le style que la personne développe en séance d'art-thérapie.

2.3. Le terme de pourvoyance traduit l'adaptation à la situation

La personne MA institutionnalisée vit quantité de ruptures, de destructions partielles et progressives qui s'accumulent et pour lesquelles il n'y a pas de substituts ou mécanismes de compensation, parce que les possibilités s'amenuisent. A la notion de dépendance, s'attache d'ordinaire, une alternative humaine qui est nommée comme étant la pourvoyance⁶⁵, ou ce qui répond à l'attente du dépendant. La pourvoyance est cette capacité humaine de remplacer le manquant par une compensation procurant des satisfactions. La personne âgée malade a la nécessité de changer ses pourvoyances. Il y a du plaisir dans le rapport entre pourvoyance et dépendance, le plaisir de se créer du désir. La recherche de ce désir est humain, il est synonyme de vie.

JP CHANGEUX rappelle que les méthodes de compensation incitent le cerveau à se réorganiser, à mettre en place d'autres connexions, d'autres stratégies⁶⁶, « le cerveau est un système pré-organisé qui est susceptible de se modifier en se réorganisant ».

2.4. Une critique est portée sur l'autonomie résiduelle de la personne atteinte de MA

La perte d'autonomie, cela veut dire moins de pourvoyances, et une augmentation de dépendances. Cependant, nous avons vu que la capacité à rechercher des satisfactions, sources de désir et de plaisir offre la possibilité de réorganiser le cerveau, c'est ainsi que l'art-thérapeute œuvre à ouvrir une brèche dans la paralysie de l'expression aux fins de susciter l'élément déterminant de sa stratégie, le plaisir, puis le désir de reproduire ce plaisir. Le plaisir trouve son harmonie dans le physique et le spirituel, c'est une qualité neuro-psycho-physiologique. C'est un mouvement agréable, qui transporte, se créant dans la tension, puis du besoin pour chercher une réponse satisfaisante pouvant aller jusqu'à donner la sensation d'être repu. L'autonomie dite résiduelle des personnes MA se situe dans la faculté qu'ont leurs affects de rester présents, dans les ressources sensibles de leurs sens, et dans l'application possible et créative de les mettre en œuvre.

2.5. L'Art postal permet de maintenir et de restaurer un tissu relationnel favorisant le maintien d'une autonomie sociale des personnes diagnostiquée de MA

L'Art postal utilise ces ressources en séance d'Art-thérapie, en réinvestissant le lien. La position sociale de la personne s'affirme avec l'image qu'elle se redonne à elle-même.

⁶⁵ Albert MEMMI : « L'individu face à ses dépendances » éd. Vuilbert – p171

⁶⁶ J.P. CHANGEUX : « Mon travail va de la molécule à l'âme » entretiens du 26 novembre 2008 par Laurent LEMIRE

3. L'entourage porte un regard différent sur la personne et renforce ses liens

3.1. Une rencontre avec les familles nous informe sur leur ressenti et leur besoin d'alliance thérapeutique

Les aidants ont un rôle ingrat. Le poids de l'accompagnement d'un des leurs laisse une amertume douloureuse, culpabilisante, lorsque cet accompagnement n'est plus possible. L'entrée en résidence est une rupture. L'alliance thérapeutique est essentielle et doit permettre de définir avec la famille les objectifs à atteindre. Watzlawick nous rappelle que « dans une famille, le comportement de chacun des membres est lié au comportement de tous les autres et en dépend »⁶⁷. Il est opportun d'observer que les contacts avec des familles de patients permettent d'instaurer ou de restaurer des liens, et à minima de fournir les matériaux nécessaires à la renarcissisation de la personne atteinte de MA. Les destinataires des envois s'impliquent dans la relation avec les patients. Le rôle de l'art-thérapeute peut prendre une dimension complémentaire et nécessaire pour le bien-être de la personne, avec le partage d'information sur la santé, le plaisir éprouvé relaté, les difficultés dépassées, contournées ou censurantes. J'ai maintes fois constaté l'intérêt soudainement réveillé de la personne prise en soin, lorsque ses proches et moi-même échangeons, nous partageons cette chaleur silencieuse qui diffuse dans les corps et les neurones. Les circuits neuronaux des personnes sont alors actifs.

3.2. Avec les traces aux couleurs de l'émotion qui font écho aux images envoyées par la famille, le malade VIT et retrouve un statut de « personne »

L'Art postal utilisé en Art-thérapie est une expression plastique pertinente car elle s'adapte aux capacités des personnes, favorisant l'épanouissement de leurs émotions dans une représentation facile à mettre en œuvre. La communication est encouragée par une expression valorisée socialement, qui se montre, en reconsidérant la personne aux yeux de ses proches comme un sujet digne d'intérêt, habillée d'une valeur humaine et d'une profondeur, elle devient sujet à part entière et n'est plus objet de soin. Les ressentis de la personne fleurissent pour se teinter en écho dans une forme de relation qui donne, prend, qui fait du lien, pour se réveiller, s'exprimer, s'impatienter, oser, choisir enfin, puis sourire, rire, jouer et s'apaiser, VIVRE enfin.

3.3. L'alliance thérapeutique migre de l'intérieur « du soin » vers l'extérieur « du lien » pour le bien-être de la personne

L'alliance thérapeutique est une relation entre protagonistes, la personne (par extension la famille) et soignant qui implique la communication, la collaboration et la coopération de chacun afin d'améliorer la santé physique et psychologique de celle-ci. L'alliance thérapeutique sous-tend une notion de soutien. Elle nécessite la compréhension empathique du praticien, que Carl Rogers nomme comme « entrer dans le cadre référentiel de l'autre sans s'y perdre » et la motivation d'engagement de la personne/famille, et leur collaboration. Elle permet à la personne d'évoluer et de s'impliquer dans le processus de soin art-thérapeutique en passant du « on va faire » au « je veux faire » et au « je fais ».

Créer une alliance thérapeutique est une réponse à l'angoisse des familles, aidants silencieux dans l'appareil du soin. Donner de la place à chacun, en reconnaissant son rôle et son utilité, c'est ouvrir la mystérieuse organisation sanitaire à l'extérieur, au monde. Cette ouverture peut être un liant mesuré et porteur de bien-être pour le patient, un lien relationnel sécurisant et agréable à partager.

⁶⁷ Watzlawick : *Une logique de communication* – éd. Essais chez Points - p136

L'art-thérapeute de par sa position particulière de thérapeute et d'artiste se singularise dans la norme soignante. Avec son éthique, il peut susciter un élargissement de l'alliance thérapeutique du soin vers la confiance et la sécurité d'une coopération thérapeutique dans le lien. Ce lien passe de la personne à l'équipe médicale, à la famille, au social, à l'institution, et à la personne pour son respect et sa dignité.

D. CONCLUSION

L'hypothèse que l'Art-thérapie peut constituer un soin adapté aux personnes âgées souffrant d'un stade léger à avancé de la maladie d'Alzheimer, en favorisant leur autonomie résiduelle, est vérifiée par le développement des études de cas.

Les résultats de l'étude montrent que l'Art-thérapie apporte une gratification sensorielle et revigore la personne. Malgré l'évolution de la pathologie, un maintien cognitif et comportemental voire une amélioration des troubles est possible et participe de fait à l'amélioration de sa qualité de vie. Ces effets sont à prendre en compte dans la durée. En effet, les avancées de la maladie peuvent annihiler les bénéfices de la prise en charge. Il faut du temps pour gagner la confiance, stimuler l'impression, réveiller l'intention, favoriser l'action, et inscrire la personne dans ce qui peut être son projet du temps présent.

En encourageant les capacités expressionnelles de la personne, l'Art postal utilisé comme médiateur de l'art-thérapie facilite la communication. Il réinstalle des capacités relationnelles qui participent au maintien de l'autonomie personnelle. Il concourt à tisser ou retisser des liens affectifs et sociaux, la personne n'est plus isolée, la famille oublie sa détresse et devient participative autrement. La personne retrouve vie, identité et estime de soi.

Le choix de l'Art ou de la dominante artistique dans la conduite art-thérapeutique est fonction de l'avancée de la maladie. Parce que la personne perd inexorablement ses capacités cognitives, cette prise en charge individualisée évolue avec la pathologie. Pour rappel, l'Art-thérapie s'appuie sur ce qui fonctionne. L'art-thérapeute doit s'adapter aux potentialités existantes de la personne et trouver une manière de diriger le sens artistique, repérer la satisfaction à de nouvelles expressions, et susciter le plaisir à nouveau. La personne retrouve une saveur existentielle, qui lui permet de se valoriser et de redonner un sens à sa vie. La méthode art-thérapeutique exige persévérance et humilité pour s'adapter et répondre aux besoins de la personne prise en soin.

Les maladies dégénératives font l'objet de nombreuses recherches médicales, techniques d'imageries et réflexions dans l'organisation des soins⁶⁸. Elles sont les réponses de demain, avec l'art-thérapie pour partenaire. Aujourd'hui, l'art-thérapie est une complémentarité spécifique de soin et s'intègre dans les équipes pluridisciplinaires pour contribuer au mieux être de la personne.

⁶⁸ Voir le Rapport de Mission « CCG Commission de Coordination Gériatrique - 13 Mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD – décembre 2009 » et la grille « PATHOS » outil analytique élaboré par SNGC et CNAMTS pour l'évaluation des soins médico-techniques nécessaires pour la prise en charge de toutes pathologies des Personnes âgées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMEISEW Jean-Claude et Brohard Yvan - *Quand l'art rencontre la science* – édition La Martinière - octobre 2007 - 143 pages - ISBN 978-2-7324-3903-7

CHANGEUX Jean-Pierre – *Du vrai, du beau, du bien : une nouvelle approche neuronale* – édition Odile Jacob – novembre 2008 – 544 pages - ISBN-978-2738119049

CORRAZE Jacques - *Les communications non verbales*- édition PUF Le Psychologue – 256 pages – juin 2001 - ISBN-13: 978-2130445630

DURAND DASSIER Jacques - *Structure et psychologie de la relation* – édition EPI - 4^e trimestre 75 – 203 pages - ASIN BOO14W24PY

FORESTIER Richard - *Regard sur l'Art* – édition Seeyousoun - 58 pages - ISBN 2-9525543-0-7

FORESTIER Richard – *Tout savoir sur l'Art-thérapie* – 5^e édition FAVRE – novembre 2007 – 232 pages- ISBN 978-2-8289-0624-5

FORESTIER Richard – *Tout savoir sur L'Art occidental* – édition FAVRE – janvier 2044 – 283 pages – ISBN 2-8289-0762-7

GIL Roger - *Abrégés de Neuropsychologie* - édition MASSON – 414 pages – avril 2009 – ISBN 978-2-294-01923-4

KANDINSKY WASSILY - *Du spirituel dans l'art et dans la peinture en particulier* – édition FOLIO ESSAIS – 214 pages – ISBN 2-07-032432-X

KLEIN Jean-Pierre – *L'Art-thérapie* – édition Que sais-je PUF – 127 pages – ISBN 978-2-13-056716-5

LESNIEWSKA Henryka Katia - *Alzheimer - Thérapie comportementale et Art-thérapie en institution* – édition L'Harmattan – 108 pages – 2003 – ISBN 2-7475-4077-4

MEMMI Albert - *L'individu face à ses dépendances* – édition VUILBERT – mars 2005 - 208 pages - ISBN-13: 978-2711761814

MORANA Cyril - *L'art de Platon à Deleuze* – édition EYROLLES – octobre 2009 – 184 pages – ISBN 978-2-212-54458-9

ROGERS Carl - *Le développement de la personne* – édition Dunod – 270 pages – mai 2005 - ISBN-13: 978-2100492381

SUDRES Jean-Luc et ROUX Guy, LAHARIE Muriel, De la FOURNIERE François - *La personne âgée en art-thérapie - De l'expression au lien social* – édition l'Harmattan – 265 pages – novembre 2009 – ISBN 2-7475-5932-7

SELLAL François et KRUCZEK Elisabeth - *Maladie d'Alzheimer*- édition Doin – 145 pages – décembre 2001 – ISBN 2-7040-1093-5

VETEL Jean-Marie et LAURENT Bernard, POUCHAIN Denis - *Le permis de se conduire avec un patient souffrant d'une maladie d'Alzheimer* – édition Phase 5 – 59 pages – juin 2008 – ISBN 978-2-35546-031-9

WINNICOTT Donald.W - *Jeu et réalité* – édition Folio essais – 276 pages – 2002 – ISBN 978-2-07-041984-5

WATZLAWICK Paul – *Une logique de communication* – édition Essais – 280 pages – ISBN 2-02-005220-2

DICTIONNAIRES :

Dictionnaire étymologique du français – édition Collection les Usuels – 781 pages – février 2008 - ISBN 978-2-84902-423-2

DSM IV – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – édition Masson – 1008 pages – juillet 1996 – ISBN 2-225-85047-X

Le petit LAROUSSE – Maury Imprimeur SA - 1870 pages – juillet 1999 – ISBN 2-03-301-400-2

Psychiatrie de l'étudiant – Michel Hanus et Olivier Louis - 10^e édition Maloine – 435 pages – ISBN 978-2-224-02771-1

Vocabulaire de la Psychologie – Henri PIERON – éditions PUF – 587 pages – 2003 - ISBN-13: 978-2130540656

ETUDES :

Lutte contre la maladie d Alzheimer et les maladies apparentées – UE 2008 – Bibliothèque Nationale de France

PAQUID Etude, Bilan à 10 ans – « pour Personnes Agées, QUID ? » - édition Novartis – 1999 - Etude épidémiologique prospective d'une cohorte de 4134 personnes âgées vivant à domicile en Gironde et Dordogne, concernant l'étude du vieillissement cérébral normal et pathologique et la perte d'autonomie.

Rapport sur les résultats de l'étude : « Evaluation des effets de l'atelier conte auprès des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée » - Laboratoire Individu, Santé, Société (EA-SIS 4129) de l'Université Lumière Lyon 2 et l'Association Confluences

Soins somatiques en santé mentale – éditions d'Orbestier – 170 pages – juillet 2003 – ISBN 2-84238-062-2

RAPPORTS

ANAES - Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés – mai 2003 - <http://www.has-sante.fr>

ALZHEIMER - L'accompagnement en ACTION – sous l'égide de la Fondation Nationale de Gérontologie FNG – réalisé par SHIFTER Production – DVD – www.fng.fr

ACTES DE CONGRES

L'évaluation en art-thérapie – Pratiques internationales – Direction scientifique Richard FORESTIER – édition ELSEVIER – 157 pages – 2006 – EAN 978-2-84299-831-8

Profession art-thérapeute – Direction scientifique Richard FORESTIER – édition ELSEVIER – 190 pages – 2010 – ISBN 978-2-294-71144-2

REFERENCE

Madame **Rita Levi-Montalcini** – Neurobiologiste Italienne – Prix Nobel de Médecine 1986

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS - UFR DE MEDECINE – 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

Titre :

**UNE PRATIQUE D'ART-THERAPIE
A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AVEC L'ART POSTAL
AUPRES DE PERSONNES INSTITUTIONNALISEES
ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZEIMER**

Soutenu en : 2011

Par : **VILAIN Isabelle**

Résumé :

La prise en charge en Art-thérapie s'appuie sur une stratégie d'objectifs adaptés et de moyens évalués. Dans un protocole de soin, la décision de procéder à une nouvelle opération est déterminée conjointement par les résultats obtenus précédemment et l'état de la personne.

L'Art-thérapie, en exploitant la neuroplasticité résiduelle de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, réveille des capacités cognitives qui peuvent se maintenir à l'aide de stimulations sensorielles et expressionnelles. L'Art occasionne des effets qui résonnent en la personne. L'étude montre que l'utilisation de l'Art postal en Art-thérapie favorise les relations de la personne et améliore sa qualité existentielle. C'est l'un des facteurs prépondérants à la préservation de son autonomie personnelle.

Mots clés :

- Maintien cognitif, Qualité de vie, Art-thérapie, Maladie d'Alzheimer, Art postal

Abstract :

The undertaking in Art-thérapie rests on a strategy of adapted objectives and estimated means. In a protocol of care, the decision to proceed to a new operation is jointly determined by the results obtained previously and the state of the person.

The Art-thérapie, by exploiting the residual neuroplasticity of the person who are suffering of Alzheimer's disease, awakes cognitive capacities which can be maintained using sensory and expressive stimulations. The Art causes effects which resound in the person. The study shows that the use of the mail Art in Art-thérapie supports the relations of the person and improves her existential quality. It is one of the dominating factors with the safeguarding of its personal autonomy.

Keywords :

- Cognitive preservation, Quality of life, Art-therapy, Alzheimer's disease, Mail Art.