

N°
Note :

UNIVERSITÉ FRANÇOIS REBELAIS

UFR DE MÉDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

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

**L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER LES
PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES EN INSTITUTION À AMÉLIORER
LA QUALITÉ EXISTENTIELLE**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Shuo LIU

Année 2012

Sous la direction de
Marie NOËL
Art-thérapeute diplômée de
UFR Médecine de TOURS

Lieu de stage:
EHPAD Monconseil
1, rue Hélène Lazareff
37100 TOURS

UNIVERSITÉ FRANÇOIS REBELAIS

UFR DE MÉDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

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

**L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER LES
PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES EN INSTITUTION À AMÉLIORER
LA QUALITÉ EXISTENTIELLE**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Shuo LIU

Année 2012

Sous la direction de
Marie NOËL
Art-thérapeute diplômée de
UFR Médecine de TOURS

Lieu de stage:
EHPAD Monconseil
1, rue Hélène Lazareff
37100 TOURS

REMERCIEMENTS

J'adresse tous mes remerciements aux résidents de la maison de retraite Monconseil, pour leur participation au projet d'art-thérapie, notamment aux six résidentes permanentes de mon atelier.

Je remercie plus particulièrement Mlle Patricia FLAMENT, psychologue, pour son aide et son soutien dans la planification de ce projet art-thérapeutique, et Mme Laurence CHEVALIER-SORET, également psychologue et responsable de stage, pour son accompagnement tout au long de mon travail. J'ai énormément apprécié ma collaboration avec deux stagiaires psychologues, Agathe MULLER et Jean-Baptiste SIMONEAU, qui ont contribué à la réussite de l'organisation et du déroulement de l'atelier. Je voudrais saluer également l'attention et la confiance qui m'ont été accordées par la Direction de l'établissement Monconseil lors de la mise en place de l'atelier d'art-thérapie.

Un grand merci à tous les membres de l'équipe de soin et des autres personnels de Monconseil qui m'ont offert leur soutien permanent et leur attention, qui ont partagé généreusement leurs expériences professionnelles avec moi, ce qui m'a permis d'effectuer mon stage dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, je remercie sincèrement M. Richard FORESTIER et les autres enseignants de la faculté de médecine de Tours pour leur enseignement, ma directrice de mémoire, Mlle Marie NOËL, mon amie Mme Aline LION, pour leur temps consacré à la rédaction de mon mémoire, également pour les encouragements et les soutiens de mes chers amis et de ma famille tout au long de mes études en art-thérapie.

PLAN

REMERCIEMENTS	P.1
PLAN	P.2
GLOSSAIRE	P.7
INTRODUCTION	P.8

PARTIE I

L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER LES PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES EN INSTITUTION À AMÉLIORER LA QUALITÉ EXISTENTIELLE.	P.10
--	------

A. Plusieurs facteurs affectent la qualité existentielle chez les personnes âgées en EHPAD.	P.10
1. Les maladies cérébrales affectent considérablement la qualité de vie des personnes âgées, notamment à cause de la désorientation, qui est un symptôme spécifique fréquent de ces maladies.	P.10
1.1 Le vieillissement en tant que phénomène physiologique peut entraîner la maladie chez les personnes âgées.	P.10
1.2 Certaines démences dégénératives issues de la vulnérabilité du vieillessement cérébral provoquent le symptôme de la désorientation.	P.11
2. Les personnes âgées désorientées souffrent d'une perte d'autonomie, en associant l'état dépressif, l'angoisse et l'anxiété.	P.12
2.1 L'autonomie se développe et évolue tout au long de la vie.	P.12
2.2 L'angoisse, l'anxiété et la dépression sont pénalisantes pour la personne.	P.14
3. Les déficiences physiques et mentales, et l'institutionnalisation bouleversent le temps individuel et le temps social, et entraînent l'isolement chez les personnes âgées.	P.15
4. La perte d'identité résulte des troubles cognitifs, du changement de lieu de vie et de l'éloignement de la famille.	P.16
B. L'implication de Saveur et Savoir-faire révèle le pouvoir spécifique et l'originalité de l'Art.	P.16
1. Le beau est une originalité dans l'Art dont le pouvoir éducatif et expressif est immanquablement impliqué dans l'activité artistique.	P.16
2. Les arts plastiques sont des techniques utilisées dans la composition des formes, des couleurs et des matières en impliquant les canaux sensoriels, plus particulièrement visuels et tactiles.	P.19
3. La production des arts plastiques en tant que trace humaine peut	

exister durablement dans le temps et l'espace.	P.19
4. Le beau d'une production artistique peut remuer des sentiments, surtout le plaisir esthétique.	P.19
5. L'exposition des œuvres d'arts plastiques permet de fonder une communication entre l'artiste et son monde extérieur.	P.21
C. En utilisant les spécificités des arts plastiques, l'art-thérapie permet d'améliorer la qualité existentielle des personnes âgées.	P.22
1. En utilisant le pouvoir éducatif et expressif de l'Art, l'art-thérapie à dominante arts plastiques permet d'entretenir les capacités physiques et mentales résiduelles des personnes âgées désorientées.	P.22
1.1 En répondant aux conditions de santé physique, mentale et sociale, un lien s'établit entre l'Art et la santé.	P.22
1.2 Par l'utilisation et l'organisation des couleurs, des formes et des matières, les arts plastiques peuvent aider les personnes désorientées à entretenir leur capacités physiques et mentales résiduelles.	P.22
2. Le plaisir esthétique permet de stimuler la psycho-motricité et d'avoir un ressenti corporel positif susceptible d'atténuer l'état dépressif et l'anxiété.	P.23
3. La production des arts plastiques permet aux personnes âgées désorientées de se construire un repère spatio-temporel.	P.25
4. Un engagement de participation aux activités artistiques dans l'art-thérapie permet de redynamiser le temps individuel des personnes âgées désorientées en institution pour raviver leur saveur existentielle.	P.27
5. L'effet relationnel de l'art aide les personnes âgées à recréer des liens sociaux.	P.29

PARTIE II

UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE EST RÉALISÉ POUR SIX RESIDENTES PRISES EN CHARGE INDIVIDUELLEMENT EN GROUPE DANS LA MAISON DE RETRAITE MONCONSEIL, PAR LA COLLABORATION ENTRE LA STAGIAIRE ART-THÉRAPEUTE ET LES DEUX STAGIAIRES PSYCHOLOGUES.	P.30
---	------

A . La maison de retraite Monconseil est un nouveau projet réalisé par le C.C.A.S. de TOURS pour résoudre la demande et la sous-capacité d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	P.30
1. En disposant d'une nouvelle construction moderne et d'équipements complets, la maison de retraite Monconseil accueille les personnes âgées dépendantes.	P.30
2. Une équipe pluridisciplinaire dans la maison de retraite Monconseil s'intègre aux prises en charge des personnes âgées dépendantes pour un accompagnement jusqu'au bout de leur chemin dans la dignité, le respect et la liberté de ce qu'ils sont, ont été et seront.	P.31

3. L'observation du fonctionnement et des activités quotidiennes de la maison de retraite Monconseil permet d'exécuter le projet d'art-thérapie en cohérence avec l'objectif général du soin de l'établissement.	P.32
B. En créant une équipe avec deux stagiaires psychologues, un atelier d'art-thérapie est instauré dans l'objectif thérapeutique général de l'établissement pour permettre la prise en charge individuelle dans un groupe, de six résidentes présentant des troubles de la désorientation.	P.33
1. Sur la proposition de la responsable de stage, un projet d'art-thérapie est effectué par l'équipe formée par la stagiaire art-thérapeute et deux stagiaires psychologues.	P.33
2. Une présentation globale de l'art-thérapie et la mise en place de l'atelier permet d'informer toute l'équipe de l'établissement, et d'intégrer la nouvelle discipline dans l'ensemble du processus de soins.	P.34
2.1 Les réunions de l'équipe d'atelier permettent à la stagiaire art-thérapeute de présenter l'art-thérapie et les outils spéciaux afin que les autres membres de l'équipe puissent connaître et adapter la méthode de prise en charge art-thérapeutique.	P.34
2.2 Dans la réunion de transmission où l'équipe de soin se réunit afin de transmettre les informations sur les résidents, la stagiaire art-thérapeute a présenté l'art-thérapie et le protocole d'atelier à son équipe.	P.35
3. Un protocole a été défini par la stagiaire art-thérapeute en tenant compte des avis et conseils des autres membres de l'équipe d'atelier, afin de fixer l'objectif thérapeutique général du groupe et d'établir un cadre thérapeutique.	P.36
4. Sur l'avis de la psychologue et la proposition de l'équipe soignante, six résidentes atteintes de troubles de la désorientation ont été regroupées en vue de suivre 12 séances prévues.	P.37
5. Une exposition a été prévue dans le projet d'art-thérapie afin de permettre aux résidents de bénéficier d'un effet relationnel.	P.38
C. Deux études de cas choisies parmi six résidentes de l'atelier d'art-thérapie ont présenté deux processus d'évaluation très différents.	P.39
1. Mme A..	P.39
2. Mme C..	P.46
3. Conclusion de l'atelier d'art-thérapie et bilan d'évaluation effectué par l'équipe de l'atelier.	P.55

PARTIE III

L'ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MISE EN PLACE D'UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE RÉVÈLE L'INTÉRÊT DE

**L'UTILISATION DES ARTS PLASTIQUES POUR AMÉLIORER
LA QUALITÉ EXISTENTIELLE DE PERSONNES ÂGÉES
DÉSORIENTÉES EN EHPAD, ET REMET EN QUESTION
LA MÉTHODOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE.**

P.57

**A. Le sujet et le lieu de prise en charge sont importants pour déterminer
le projet de l'art-thérapie et le travail thérapeutique
visant à améliorer la qualité existentielle.**

P.57

1. Les pénalités des personnes âgées liées aux problématiques de la
vieillesse sont les déterminants à prendre en compte pour
fixer l'objectif général du projet d'art-thérapie. P.57
2. Le type et l'orientation de l'établissement sont également des éléments
importants pour déterminer l'objectif des prises en charge en art-thérapie. P.58

**B. Le résultat de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès de personnes
âgées désorientées soulève les questions de l'organisation de l'atelier
d'art-thérapie et des compétences de l'art-thérapeute.**

P.59

1. Une technique pertinente en arts plastiques est importante pour développer
la capacité d'adaptation et l'harmonie entre les capacités résiduelles
physiques et mentales par l'acquisition de la maîtrise corporelle. P.59
2. L'effet de diminuer l'anxiété et l'état dépressif par l'activité artistique implique
une recherche personnelle de l'intention artistique et du plaisir esthétique. P.60
3. Après avoir achevé l'atelier d'art-thérapie, une exposition des différentes
productions, complétée par les récits de tous les résidents, a procuré
un effet relationnel très dynamique dans l'établissement. P.60
4. L'espace physique et les membres de l'atelier sont également
des repères temporospatiaux importants pour
les personnes âgées désorientées. P.61
5. L'atelier organisé en groupe, allié à la prise en charge individuelle,
permet d'exploiter les effets bénéfiques de l'art-thérapie. P.62
6. L'art-thérapeute a besoin de temps et d'expérience pour individualiser l'utilisation
des outils art-thérapeutiques, la fiche d'observation et le bilan d'évaluation. P.62
7. Les compétences artistiques de l'art-thérapeute, la façon d'approcher
la personne prise en charge influencent l'efficacité art-thérapeutique. P.63

**C. Les autres disciplines peuvent être favorables à la mise en place et au
déroulement de l'atelier d'art-thérapie au sein de l'établissement,
mais un protocole précise les rôles de chacun et
le fonctionnement de l'art-thérapie.**

P.64

1. La considération de la psychologue et du cadre de santé pour le projet
d'art-thérapie permet à la stagiaire art-thérapeute d'avoir
l'attention et le soutien des équipes de soin, afin de faciliter
la réalisation du projet au sein de l'établissement. P.64
2. La collaboration de la stagiaire art-thérapeute avec les deux
stagiaires psychologues révèle l'intérêt d'une co-thérapie. P.65

3. Le protocole de l'atelier d'art-thérapie permet d'avoir un ordre de prise en charge pour favoriser le déroulement des séances art-thérapeutiques.	P.65
D. La continuation de l'atelier d'art-thérapie a été demandée par certains participants et leur famille, suite à la prise en charge et aux effets bénéfiques constatés chez les résidentes.	P.66
1. La présentation de l'atelier d'art-thérapie et les entretiens d'évaluation avec la psychologue ont permis d'éveiller l'intérêt des résidents, de leurs familles et de l'équipe de soin pour cette nouvelle discipline.	P.66
2. Après les prises en charge, la continuation de l'atelier d'art-thérapie a été demandée par certains participants et leur famille, pour poursuivre les effets bénéfiques de l'art-thérapie chez ces résidentes.	P.66
CONCLUSION	P.68
BIBLIOGRAPHIE	P.69
ANNEXES	P.70

GLOSSAIRE

Affirmation de soi: attitude qui correspond à la capacité d'exprimer nos avis, nos sentiments et nos besoins avec certitude¹.

Art: activité humaine, volontaire et orientée vers une recherche esthétique².

Art classique: se situe avant la naissance de l'art moderne qui commence au début du XXe siècle. Il est souvent marqué par la morale religieuse même quand il traite de sujets profanes, différents styles se côtoient durant la période classique³.

Art-thérapie: discipline qui exploite le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire⁴.

Bien-être: sensation agréable procurée par la satisfaction de l'ensemble de l'état physique, mental et social. L'être humain se sent en harmonie dans son corps et avec son entourage⁵.

Confiance en soi: sentiment de sécurité permettant à l'être humain de se sentir capable avant d'exécuter une chose⁶.

Esthétique: science du beau⁷.

Estime de soi: capacité à s'auto-valoriser ou à s'auto-dévaloriser sur ce que l'on fait et ce que l'on est⁸.

Fond: en art-thérapie, ce qui concerne l'idée ou l'intention artistique de la personne⁹.

Forme: en art-thérapie, ce qui concerne une technique artistique liée au savoir-faire de la personne¹⁰.

Qualité de vie: différents degrés de niveau atteint par l'état physique, mental, social et matériel d'un être vivant¹¹.

Qualité existentielle: niveau de satisfaction atteint ou de insatisfaction de l'homme sur ses besoins humanitaires.

¹ Christophe André, *Imparfais, libres et heureux'affirmation de soi*, Paris, Odile Jacob, 2009

² Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

³ flouish.id-alizes.fr

⁴ www.art-therapie-tours.net

⁵ Selon *Le nouveau Petit Robert de la langue française 2008*

⁶ Christophe André, François Lelord, *L'estime de soi*, Paris, Odile Jacob, 1999

⁷ Theodor Lipps, *Ästhetik. Psychologie des Schönen und der Kunst*, Leipzig, Voss, 1923

⁸ Christophe André, *Imparfais, libres et heureux'affirmation de soi*, Paris, Odile Jacob, 2009

⁹ Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

¹⁰ Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

¹¹ Selon l'OMS

INTRODUCTION

Je me souviens du temps où, encore adolescente je rencontrais parfois quelques difficultés émotionnelles, et dans ces moments-là, je n'avais envie de parler à personne, fuyant tout contact humain. Je m'enfermais alors chez moi, pendant plusieurs jours, pour dessiner, seule. Lorsqu'une fois terminé, je prenais le temps de regarder mon tableau, je retrouvais alors la force de sortir de chez moi. Je ne savais pas à ce moment-là que l'Art avait un potentiel thérapeutique.

Après mes études en France, j'ai rencontré une amie à l'école des beaux-arts. Elle m'a raconté qu'il était difficile de se faire des amies à l'école, depuis qu'elle avait émigrée dans une grande ville avec ses parents, après avoir quitté sa petite ville natale. Car la grande ville inconnue lui donna la pression pour s'adapter à un changement environnemental et elle ne savait pas parler la langue locale.

Elle m'a dit que les deux seules choses qui souvent l'accompagnaient depuis son enfance, étaient les livres et les dessins. La plupart de ses dessins représentaient d'ailleurs des personnages mélancoliques.

Je me suis rendue compte plus tard, après avoir entrepris des études en art-thérapie, que l'Art, comme un moyen d'expression, lui avait permis d'exprimer et de libérer ses sentiments et ses émotions.

Durant ma troisième année à l'école des Beaux-Arts, ma recherche personnelle mettait progressivement l'accent sur l'espace, le corps et les matières. Personnellement, j'étais fascinée par certaines oeuvres des artistes, tels Ernesto Neto, Yayoi Kusama et Lygia Clark, etc... Je m'intéressais en particulier à la stimulation sensorielle de leurs oeuvres auprès des spectateurs. Certaines installations d'Ernesto Neto recevant des visiteurs, se présentent en tant qu'espace contemplatif et interactif, les sollicitant physiquement (odorat, touché, utilisation) et psychologiquement. Des pois qui inondent toutes les oeuvres de Yayoi Kusama sont issus de ses hallucinations depuis son enfance. Par l'Art, elle a trouvé le soulagement de ses hallucinations et ses obsessions. Les «objets sensoriels» ou «relationnels» de Lygia Clark sont basés sur ses recherches fondamentales de la dimension corporelle et thérapeutique de l'expérience esthétique, ayant occupé une place active et remarquée dans la signature de manifestes importants de l'histoire de l'art contemporain au Brésil, où elle était aussi enseignante et thérapeute.

Ma propre expérience, l'histoire de mon amie et ma recherche à l'école des Beaux-Arts m'ont amenée vers la fonction thérapeutique de l'Art. Pendant l'étude des oeuvres de Lygia Clark, j'ai découvert une discipline encore inconnue de moi: l'«art-thérapie». C'est alors que j'ai envisagé de m'orienter vers cette formation professionnelle proposée par l'AFRATAPEM - Ecole d'Art-thérapie de Tours, dès la fin de mes études à l'école des Beaux-Arts.

Deux années d'études m'ont permis de découvrir cette nouvelle discipline, et de l'apprendre parallèlement à l'école d'Art-thérapie de Tours et à la faculté de médecine de Tours. J'ai progressivement découvert l'aspect thérapeutique de l'Art. Les études portant sur la santé, les diverses pathologies, les théories et les modèles de Richard FORESTIER en art-thérapie m'ont permis de comprendre l'utilisation de l'Art dans le domaine thérapeutique. Le stage réalisé à la maison de retraite Monconseil m'a aidée à pratiquer ces connaissances théoriques auprès de personnes âgées désorientées, et d'avoir des acquis professionnels, en tant qu'art-thérapeute utilisant l'Art.

Quelles sont les pathologies et les pénalités des personnes âgées dépendantes? Quelle est leur vie en

institution? Que peut leur apporter l'art-thérapie? Comment exploiter les potentiels thérapeutiques de l'Art auprès de personnes âgées désorientées, notamment en ce qui concerne les techniques en arts plastiques? En tant que nouvelle discipline et spécialité à part entière, comment intégrer l'art-thérapie dans un processus de soin?

Toutes ces questions vont être développées dans ce mémoire.

PARTIE I

L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER LES PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES EN INSTITUTION À AMÉLIORER LA QUALITÉ EXISTENTIELLE.

A. Plusieurs facteurs affectent la qualité existentielle chez les personnes âgées en EHPAD.

1. Les maladies cérébrales affectent considérablement la qualité de vie des personnes âgées, notamment à cause de la désorientation, qui est un symptôme spécifique fréquent de ces maladies.

1.1 Le vieillissement en tant que phénomène physiologique peut entraîner la maladie chez les personnes âgées.

Souvent on entend le mot «développement» chez les enfants et celui de «vieillesse» chez les personnes âgées. *«Grandir – nous ne voyons pas grandir: les arbres, les enfants. Seulement, un jour, quand on les revoit, on est surpris de ce que le tronc est devenu déjà si massif ou de ce que l'enfant désormais nous vient à l'épaule. Vieillir: nous ne nous voyons pas vieillir.»*¹². Mais, c'est dans ces deux périodes de la vie que l'on peut constater des grands changements de notre apparence physique. Cependant, *«Définir le vieillissement n'est pas facile et la nature du vieillissement biologique n'est pas vraiment connue.»*, il y a deux grandes hypothèses que l'on peut distinguer: celle de type déterministe, *«considérant que le type d'organisation génétique et biologique [...] influence nécessairement le mode et la rapidité du vieillissement»*, et celle de type plutôt probabiliste, *«supposant une accumulation d'erreurs génétiques et métaboliques, qui vont augmenter le risque statistique de dysfonctionnement cellulaire jusqu'à un certain seuil, au-delà duquel la fonction est définitivement compromise.»*¹³.

Si le vieillissement de l'être humain n'existait pas, les catégories des âges seraient complètement différentes, et unimaginables. Lorsqu'on parle du mot «personne âgée» dans notre société humaine actuelle, le vieillissement est une composante immanquable. Pourtant, il a déjà commencé entre 25 à 30 ans chez les êtres humains, mais les transformations sont silencieuses, imperceptibles, progressives et lentes. En outre, l'état du vieillissement des individus dépend aussi, mis à part le critère génétique, de facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux. Et il devient généralement plus manifeste à partir de la sixième décennie de la vie. En parallèle, on arrête nos activités professionnelles (à quelques années près, et selon le sexe des citoyens et les pays considérés). Ainsi en ayant atteint l'âge de la retraite, sous cet aspect socioculturel, on peut être appelé «personne âgée», ce terme est également appelé le «troisième âge» ou «senior». Après avoir appuyé sur ces effets physiologiques et ce repère socioculturel, cela nous permet d'éclaircir les notions de «vieillesse» et «personne âgée» ainsi que les liens entre eux avec les autres termes concernés, car leurs définitions sont complexes.

Quand on parle de la personne âgée, la mort est un sujet souvent abordé. Plus on est âgé, plus on s'approche de la fin de la ligne de la vie biologique. Bien qu'on ne sache pas pourquoi et de quoi, *«le vieillissement est la cause sans cesse invoquée.»*¹⁴. Dans l'âge ultime, il nous semble que le

¹² François Jullien, *Les transformations silencieuses*, Paris, Grasset, 2009, P. 10.

¹³ Schenk, Leuba, Büla, *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer*, Bruxelles, De Boeck, 2004, P. 130.

¹⁴ Fondation Eisai, *penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, Pus, 2006, P. 14.

vieillesse avance plus vite, en percevant des signes - peau ridée, mauvaise vue, ouïe déficiente et jambes qui vacillent. Mais, le déclin est régulier, le plus souvent linéaire. En effet, c'est l'accumulation de la régression des différentes capacités résiduelles qui nous joue une illusion de l'accélération du vieillissement. Car, cette accumulation constitue la vulnérabilité de la personne âgée. Selon une enquête sur les personnes âgées, «*À la fin du siècle dernier, 9,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarent être atteintes d'une ou plusieurs déficiences de gravité très variable (cf. figure A en annexe 1), soit 75 % d'entre elles;*»¹⁵. Ainsi, on peut percevoir l'importance du vieillissement chez les personnes âgées comme un facteur de risque considérable de tomber malade.

Cette relation entre la maladie et le vieillissement est très complexe, car «*si on le définit comme la perte progressive de la capacité d'adaptation de l'organisme aux conditions variables de l'environnement, il n'est pas en lui-même une pathologie mortelle.*»¹⁶. En fait, la frontière entre le vieillissement, la maladie et la mort, est très difficile à tracer.

1.2 Certaines démences dégénératives issues de la vulnérabilité du vieillissement cérébral provoquent le symptôme de la désorientation.

Comme tous les organes, le cerveau subit les effets de l'âge. Le vieillissement du cerveau commence vers 25 ans par un processus de mort neuronale (perte dendritique, axonale et synaptique). À partir de la cinquième décennie, la personne peut ressentir les prémices de l'affaiblissement intellectuel: la diminution des facultés d'attention et des ressources sensorielles, attentionnelles, mnésiques et stratégiques. Avec le temps et la vulnérabilité des personnes âgées, le vieillissement cérébral peut se transformer en détérioration progressive et irréversible, comme les démences dégénératives. Le dépôt de plaques séniles et de protéines (comme β -amyloïde, α -synucléine) augmente, et la dégénérescence neurofibrillaire aussi. En s'étendant dans les régions cérébrales touchées, il aboutit à ces maladies dégénératives. Mais cette phase de transformation entre le vieillissement normal du cerveau et ces maladies cérébrales dégénératives est perçue comme un mystère.

Dans tous les types de démences, les démences dégénératives représentent 90% des cas. Mais quelques démences plus fréquentes chez les personnes âgées, par exemple la maladie Alzheimer (MA) qui est la plus connue des démences dégénératives, occupe 60% de ces démences. Les démences fronto-temporales (DFT) sont, après la MA, les plus fréquentes, mais elles ne touchent pas les mêmes régions cérébrales et atteignent souvent des sujets plus jeunes, entre 55 et 60 ans. Et les démences à corps de Lewy sont un autre type de dégénérescence cérébrale qui représente 15% des cas de démence, et commencent à toucher des sujets vers 65 ans. Les démences sémantiques affectent la mémoire des connaissances acquises ou mémoire sémantique, contrairement à la MA qui atteint la mémoire des faits récents ou mémoire épisodique; les patients ne reconnaissent plus les objets du quotidien. Ils vont jusqu'à en oublier leur utilité et peuvent donc se mettre en danger et se blesser.

Chaque type de démence a ses propres symptômes, mais la désorientation se retrouve dans presque toutes les démences dégénératives. Parfois, elle peut apparaître parmi les personnes très âgées qui ne sont pas atteintes de démence dégénérative.

En psychiatrie, la désorientation est une «*altération de la conscience de soi-même dans sa relation au monde extérieur. Elle affecte en général les notions du temps et de l'espace (désorientation*

¹⁵ INSEE, *Les personnes âgées*, édition 2005

¹⁶ Fondation Eisai, *penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, Pus, 2006, P. 14.

temporo-spatiale). Elle s'observe dans les états confusionnels et dans les démences.»¹⁷. Selon cette définition, on voit que la personne est progressivement déracinée de son environnement à cause de la perte des références chronologiques et spatiales. Au début, la désorientation est souvent fluctuante, elle devient fréquente au fil du temps, on peut notamment le percevoir dans la MA. La pensée rationnelle fonctionne mal et très épisodiquement, la signification des mots n'est plus précise, ni pertinente. Ainsi, les activités quotidiennes deviennent difficiles et même dangereuses. Pour la personne âgée désorientée, la ligne du temps est perturbée, la personne ne sait pas quel jour on est, elle se perd dans la confusion du présent et du passé. Au niveau de l'espace, la personne âgée désorientée ne sait pas non plus où elle se trouve, elle n'arrive pas toute seule à se repérer dans son environnement. Si on laisse la personne âgée désorientée conduire, non seulement elle risque de perdre le sens de sa direction, mais aussi la signification des signes du code de la route sera difficile à reconnaître pour elle: qu'est-ce que c'est, cette lumière rouge (ou verte) ? La résultante de ce trouble cognitif génère de l'anxiété chez la personne, voire même l'amène à un état dépressif. Enfin, la désorientation démolit la symbiose entre la personne et le monde extérieur. «Alors que le bébé s'ouvre au monde extérieur, elle au contraire s'en isole.»¹⁸

2. Les personnes âgées désorientées souffrent d'une perte de l'autonomie, en associant l'état dépressif, l'angoisse et l'anxiété.

2.1 L'autonomie se développe et évolue tout au long de la vie.

L'autonomie se définit par l'ensemble des capacités d'une personne, qui lui permettent de subvenir à ses besoins et de gérer sa vie librement. Si on considère l'être humain comme un organisme vivant à part entière, l'autonomie peut être perçue comme «relative», comme on ne peut jamais être absolument indépendant de notre étape embryonnaire jusqu'à la mort. Pourquoi ?

Notre existence est constituée d'une combinaison originale d'ADN issue des organismes parentaux. La peau joue un rôle de frontière qui circonscrit l'interne de l'organisme et son externe. Elle permet, comme les appareils sensoriels, d'intégrer les informations physiques qui proviennent de l'environnement: la lumière, le son et l'odeur etc. L'organisme reçoit aussi l'énergie et les nutriments (l'eau, l'oxygène et l'alimentation, etc.) nécessaires au bon fonctionnement et à la survie de l'être. Parallèlement, elle sélectionne et régularise des échanges entre l'interne et l'externe. On ne peut survivre en l'absence de ces échanges, la symbiose avec l'environnement commence donc dès la conception.

Comme le développement de l'autonomie dépend de l'interaction entre l'organisme individuel et son environnement, l'accroissement de l'autonomie est déclenché dans le développement des autres compétences cognitives. Comme on sait que le nouveau-né est dans un degré d'incapacité où il ne peut pas marcher, ni se nourrir ni se protéger lui-même, il naît avec des potentialités qui vont développer des compétences ultérieures qui amélioreront son autonomie. Paradoxalement, certaines de ces potentialités dépendent de l'environnement ou de l'entourage de la personne: le bébé a besoin de sa famille pour le nourrir et apprendre à marcher et parler, plus tard l'école et le lieu professionnel lui permettent d'élever les niveaux du savoir-faire et des expériences corporelles, socio-culturelles et professionnelles. En développant ces compétences, tous ces environnements apportent également des contraintes qui forment les comportements acceptables, que l'on appelle le savoir-être. Donc, les échanges entre un individu et son environnement sont un passage nécessaire à l'établissement d'une

¹⁷ *Dictionnaire médical 5^e édition*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson S.A.S., 2007

¹⁸ Danièle Thiébaud, *LES PERSONNES ÂGÉES ET LA DÉSORIENTATION*, Issy-Les-Moulineaux, ESF, 2000, P. 44.

bonne autonomie. Ainsi l'autonomie des individus est gagnée par ces échanges, elle est relative. Par contre, quand on commence à marcher moins vite, à se fatiguer plus facilement, devant ces déclinés inévitables avec les maladies gériatriques, le potentiel de développement est-il encore possible pour les personnes âgées?

Depuis quelques années, dans le champ psychologique, les gens font de la recherche sur le développement des personnes âgées; ils ne se sont plus limités aux périodes de l'enfance et de l'adolescence, ils considèrent que le développement peut être coextensible à la durée de la vie. Par exemple, la théorie du développement psychosocial de Erik Erikson montre qu'il a divisé la durée de la vie en huit étapes pour le développement du Moi (ou de l'identité), desquelles la huitième est à partir de 65 ans jusqu'à la fin de la vie entre intégrité versus désespoir. Dans chaque étape, il y a les deux pôles, un bénéfique et l'autre néfaste, qui mènent à la création d'une identité positive. Une autre théorie, à propos du développement des performances des personnes âgées, est proposée par le psychologue allemand Paul Baltes. C'est un modèle du développement réussi qui appuie sur l'association de sélection, optimisation et compensation (modèle SOC)¹⁹. C'est-à-dire, selon les conditions personnelles, il faut sélectionner les domaines d'activité où la personne peut encore lutter, par la compensation des pertes en acquisitions encore possibles, permettant ainsi d'optimiser ses performances dans ses domaines préférées.

Pour l'optimisation des performances, il faut qu'on prenne conscience que les performances ne peuvent pas être gardées toujours au plus haut niveau dans tous les domaines. Les choix sont aussi importants pour l'accroissement du savoir-faire et des connaissances afin de compenser les pertes irréversibles. L'idée de ce modèle SOC est de proposer des pistes pour maintenir des niveaux de performances satisfaisantes. Ce qui est mis ici en avant, c'est notre capacité d'adaptation qui nous permet d'apprendre et de «s'équilibrer» tout au long de notre vie.

Maintenant on peut quitter le champ psychologique et chercher des arguments dans le domaine neurobiologique. Le corps somatique qui s'adapte au changement à cause des modifications structurales et fonctionnelles est impliqué dans des phénomènes de plasticité. Si on prend l'exemple sur la plasticité du cerveau dans la reconstruction suite à une lésion cérébrale, l'adaptation la plus remarquable est la récupération du langage. L'hémisphère droit peut le reprendre à la suite d'une destruction précoce et/ou accidentelle de l'hémisphère gauche, ce dernier étant le siège du langage. Bien que cette plasticité soit de plus en plus diminuée chez l'adulte, elle est encore possible, grâce à des phénomènes compensatoires de régénération dendritique et d'augmentation de la taille des synapses. Au cours du vieillissement, on rentre dans une étape où des phénomènes de régression et d'amélioration peuvent à la fois coexister, des recherches scientifiques témoignent qu'une certaine plasticité cérébrale perdure jusqu'à un âge assez avancé. Quant à la différence de la plasticité cérébrale entre le vieillissement normal et celui de la MA, c'est la diminution progressive de la plasticité qui détruit l'équilibre entre amélioration et régression, ce qui finit par entraîner les symptômes spécifiques de la maladie.

Par ces arguments, on peut percevoir la possibilité et la spécificité du développement chez les personnes âgées. *«Les derniers âges de la vie constituent bien eux aussi une période de développement, certes spécifique et avec ses modalités propres. Ce développement s'inscrit dans un contexte de pertes incontournables mais ménage cependant des capacités d'acquisition et de progrès.»* En recourant aux capacités d'adaptation des individus, la plasticité somatique et les facteurs environnementaux, chacun peut gagner de l'autonomie, et l'entretenir, tout au long de son

¹⁹ P.B. Baltes et M.M. Baltes (sous la direction de), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, New York, Cambridge University Press, 1990.

développement.

2.2 L'angoisse, l'anxiété et la dépression sont pénalisantes pour la personne.

Comme les personnes âgées désorientées ont des difficultés à gérer leurs activités quotidiennes (préparer le repas, faire des courses, ranger la maison, etc.); elles ont également du mal à se gérer elles-mêmes au sein de l'environnement. Mais ces difficultés et ces incapacités proviennent de déficiences cognitives d'apparence invisible. Contrairement aux contraintes environnementales qui peuvent aider à accroître l'autonomie, les contraintes «internes» issues des déficiences cognitives diminuent l'autonomie des personnes âgées désorientées. La souffrance engendrée par cette perte d'autonomie vient de la difficulté ou de l'incapacité à assimiler et à reconnaître les repères spatio-temporels. Par rapport à un handicapé physique, des prothèses ou le fauteuil roulant sont des moyens qui peuvent relativement l'aider à regagner de l'autonomie, sans pour autant requérir l'aide physique d'autrui; alors que les personnes âgées désorientées n'ont pas de moyen de remplacement à proprement dit de leurs déficiences cognitives qui pourraient pallier la perte d'autonomie. Au contraire chez les enfants, le développement des compétences cognitives leur permet d'avoir une bonne compréhension de l'espace et de son entourage, alors que les déficiences cognitives des personnes âgées désorientées conduisent à une compréhension des territoires de moins en moins efficace. Chez l'enfant, de la maîtrise de son corps à l'utilisation adaptée des outils, son degré d'autonomie augmente avec le développement de ses capacités cognitives. Au début, il commence à ramper et marcher pour se déplacer et toucher tout ce qui l'entoure. Cela commence par quelques pas, de son lit, jusqu'à une autre pièce de la maison. En grandissant, il peut maîtriser les moyens de transport comme le vélo pour aller plus loin. En développant ses capacités cognitives, il peut savoir se repérer dans un espace de plus en plus large: *«j'habite dans cette belle maison, Steven habite à côté de chez moi, en face c'est Mélanie, et demain je n'ai pas école donc j'irai à la piscine avec eux»*.

Cette simple image nous aide à comprendre comment les compétences cognitives nous permettent d'être autonome dans l'espace. Pour les personnes âgées désorientées, si on imagine les repères temporo-spatiaux comme des réseaux complexes de routes qui nous permettent de passer d'un endroit à un autre, la dégradation des facultés cognitives entraînent une mauvaise reconnaissance ou une disparition de ces routes. La personne ne sait plus où elle est, ni où elle va, ou croit aller. Ainsi, les activités quotidiennes sont diminuées automatiquement et peuvent être dangereuses, malgré la conservation du reste des fonctionnements physiques et de certaines compétences. Pour pallier la perte de leur autonomie et assurer leur sécurité, elles peuvent notamment être prises en charge dans une institution.

Par ailleurs, les états dépressifs apparaissent souvent au cours de l'évolution d'une pathologie démentielle. En effet, dépression et démence ont un certain nombre de symptômes en commun, parfois elles coexistent chez un même individu, et il est parfois difficile de diagnostiquer l'origine de ces symptômes. Une classification des interactions démence/dépression a été proposée par Feinberg et Goodman en 4 types: **Type I**: la dépression se présente comme une démence, c'est le cas classique de «dépression pseudo-démentielle»; **Type II**: la dépression se complique d'une démence irréversible; **Type III**: la démence se présente comme une dépression; **Type IV**: la dépression survient dans le cours d'évolution d'une démence. Les symptômes en commun sont: celle du registre affectif (perte d'intérêt, apathie), du registre instinctif (perte d'appétit et d'intérêt sexuel, troubles du sommeil), cognitif (déficit attentionnel, trouble mnésique), et comportemental (ralentissement, perte d'initiative). Quant aux idées de culpabilité, de dévalorisation et de suicide, elle ne sont pas des critères de diagnostic de la démence. La perte d'autonomie peut renforcer l'idée de dévalorisation,

les sentiments d'inutilité et de culpabilité, ainsi que l'isolement. L'anxiété est également souvent présente dans ces pathologies. Les états anxieux sont très fréquents dans la MA, et peuvent atteindre une prévalence de plus de 50% au cours de l'évolution de la maladie. Par contre, ils semblent présents de façon totalement indépendante de l'intensité des troubles cognitifs, mais davantage liés aux symptômes dépressifs ou aux symptômes psychotiques. En somme, la combinaison de la perte d'autonomie et des états psychiques pénalisants dans le cours de l'évolution de la démence fait souffrir les personnes âgées désorientées, et détériore leur qualité existentielle.

3. Les déficiences physiques et mentales, et l'institutionnalisation bouleversent le temps individuel et le temps social, et entraînent l'isolement chez les personnes âgées.

«Et Dieu dit encore: "Que des luminaires paraissent dans l'étendue des cieux pour faire une séparation entre le jour et la nuit; ils devront servir de signes et pour les époques et pour les jours et pour les années.»

Genèse 1:14

Jusqu'à nos jours, la substance ou la nature du temps est encore une grande question, surtout chez les scientifiques et les philosophes. Nul ne peut dire exactement ce que c'est. On ne peut pas le «voir», ni le saisir et ni le toucher, pourtant il est omniprésent dans notre conscience. Par contre, on est capable d'avoir la notion du temps et de ses catégories par notre pensée, simplement en s'appuyant sur divers signes. L'alternance des saisons, celle du jour et de la nuit, l'horloge biologique des êtres vivants considérés comme des représentants du temps nous permettent de structurer la notion du temps. Ces signes issus de la nature nous permettent de décrire la première catégorie du temps qui est incontournable, ce que l'on dit ici, c'est le temps de l'Univers qui existe avant notre existence. Elle est une base pour que l'on puisse avoir la conscience de la présence du temps, et créer le rythme et la dynamique de notre société. Dans la société humaine moderne, le temps est numérisé et représenté en secondes, minutes, heures ainsi que la date (le calendrier). Avec les nombres, on peut contrôler et organiser le temps pour le fonctionnement de toutes les activités de notre société. Les deux autres catégories du temps sont relatives aux caractéristiques de notre société, et sont appelées l'aspect collectif et l'aspect personnel. Concernant l'aspect collectif, comme le dit Durkheim, «... *c'est le temps tel qu'il est objectivement pensé par tous les hommes d'une même civilisation ...*», «*C'est le rythme de la vie sociale qui est à la base de la catégorie du temps... Ce qu'exprime la catégorie de temps, c'est le temps commun au groupe, **c'est le temps social**, si l'on peut ainsi parler*»²⁰. Quant à l'aspect personnel, c'est celui qui est constitué par les expériences individuelles, les récits et l'histoire d'un individu, propre à chacun. Pourtant, le temps individuel est inscrit en lien avec le rythme et la dynamique de la société, et nourri par sa dimension sociale.

Mais, pour les personnes âgées qui sont atteintes de déficiences physiques ou mentales, elles ont des difficultés ou des incapacités à s'intégrer dans le rythme et la dynamique de la société. En effet, ce rythme et cette dynamique, qui sont dominés par une majorité d'individus en meilleure santé, deviennent une contrainte pesante à suivre. La vulnérabilité de l'état de santé de la personne âgée déficiente va limiter la variété de leurs activités sociales et individuelles, et entraîne un certain détachement du temps individuel, et social. Ce détachement peut ainsi provoquer un isolement chez ces personnes âgées. Pour celles qui sont prises en charge dans une institution, la perte d'autonomie va être, dans une certaine mesure, palliée par les soins et un cadre de sécurité, mais cet

²⁰ Fondation Eisai, *penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, PUS, 2006, P. 99.

environnement peut être perçu comme une paroi se dressant entre la personne et les autres lieux sociaux. Eloignées de leur famille et de leurs proches, certaines personnes âgées peuvent passer une journée en ayant seulement quelques contacts avec son aide-soignant, qui vient par exemple assurer son lever et sa toilette le matin, lui apporter son repas à midi puis venir la coucher le soir. Ainsi la dimension sociale du temps individuel est fortement diminuée et limitée dans l'institution, ce qui entraîne bien souvent une souffrance chez les personnes. Elles ne sont pas seulement isolées dans un espace, elles le sont aussi dans leur temps individuel.

4. La perte d'identité résulte des troubles cognitifs, du changement de lieu de vie et de l'éloignement de la famille.

L'identité, un sujet qui est étudié majoritairement en psychologie et en sociologie, intéresse aussi la biologie et la philosophie. À l'égard des personnes âgées désorientées institutionnalisées, ici, on ne parle que d'identité au niveau psychologique et sociologique. Elle désigne d'abord une reconnaissance d'être différent par lui-même et des autres, et de rester le même dans le temps. Elle est constituée par les caractéristiques d'un individu, c'est une différenciation progressive entre lui et le monde extérieur. L'identité permet de s'affirmer comme «je» qui englobe la conscience de soi et la représentation de soi. Ainsi les capacités cognitives sont importantes dans la construction et le maintien de l'identité, surtout la mémoire. Comme les personnes âgées désorientées sont atteintes de troubles cognitifs, leur passé est devenu épisodique, elles ont du mal à reconnaître ou ne reconnaissent plus, selon la sévérité de leur maladie, les caractéristiques constitutives de ce qu'elles sont. L'identité au niveau social, c'est un regroupement des attributs et des statuts d'un individu en se référant à différentes catégories sociales qui regroupent les individus d'un même statut, par exemple «enfant», «père, mère» et «mari, femme». C'est la vie sociale qui maintient les fonctions de l'identité sociale pour chaque individu. Concernant la prise en charge dans une institution, les personnes âgées changent leur lieu de vie et s'éloignent de leur famille, altérant leur vie sociale, mettant aussi en péril leur identité sociale en remettant en cause leurs rôles sociaux.

C. L'implication de Saver et Savoir-faire révèle le pouvoir spécifique et l'originalité de l'Art.

1. Le beau est une originalité dans l'Art dont le pouvoir éducatif et expressif est immanquablement impliqué dans l'activité artistique.

À travers nos cinq sens, on peut capter d'innombrables informations issues de la nature, d'où un sentiment paraît chez les êtres humains: c'est le sentiment du «beau». Celui-ci devient un point d'étude central de l'*Aesthetica*. L'*Aesthetica* est considérée comme une des disciplines de philosophie où il s'agit de la recherche sur la sensibilité ou réceptivité des hommes, proposé par le philosophe allemand Alexander Baumgarten²¹, au XVIIIe siècle. Le phénomène de sentiment du beau est devenu une catégorie de recherche de l'*Aesthetica*, ce qu'on appellera l'*esthétique*, qui est le terme utilisé depuis cette époque-là. L'esthétique vient du mot grec *aisthesis* (*αἴσθησις*), et se traduit par un lien étroit entre l'intelligence et la sensation, c'est une science du beau, qui implique aussi le sensible.

²¹ Alexander Gottlieb Baumgarten, Jean-Yves Pranchère, *Esthétique (précédée des) Méditations philosophiques sur quelques sujets se rapportant à l'essence du poème (et de la) Métaphysique*, Paris, L'herne, 1988

Pareillement au temps, le beau est également perçu comme un terme «abstrait», difficile à définir, mais chacun peut le sentir par acte de perception et données ressenties, par exemple par les impressions engendrées suite à l'utilisation de nos sens. La nature est la première source qui nous permet de capter le beau, on le retrouve également dans les activités humaines, on est capable de manifester des idées du beau par la variété et les manières employées dans les créations humaines. Graduellement, l'Art est devenu le nom d'ensemble de toutes ces réflexions, notamment il désigne les activités qui ont une recherche purement axée sur le beau de nos jours. Donc le beau est une originalité de l'Art et permet de différencier ce dernier des autres activités humaines. La notion de beau n'est pas pareille si nous nous trouvons à l'époque de Platon ou bien à notre époque. Lorsque le beau est présenté par l'Art, sa présentation est nécessairement observable sous une forme artistique spécifique : peinture, sculpture, musique ou littérature, etc... Les techniques et les connaissances sont impliquées pour que les artistes puissent exprimer leurs idées, ce qu'on dit le fond de l'œuvre d'Art. La recherche du beau idéal, qu'on appelle idéal esthétique, se balance harmonieusement entre le fond et la forme.

En fait, le mot «art» vient du latin *ars* signifiant *technique*, et cette définition est encore pertinente aujourd'hui. Au début, il était considéré comme l'ensemble des techniques dont le but est l'imitation ou la représentation de la nature, puis plus tard, la représentation des histoires religieuses. Si on considère l'Art dans son critère d'acte d'expression, il faut qu'on ait abordé ressenti quelque chose, éprouvé une impression. La nature est la première source qui nous permet d'avoir ces données. Selon Platon, l'Art est basé sur la *mimesis*: il ne produit pas un objet nouveau mais présente sous une autre forme (peinture, sculpture, musique, langage) des objets existants. Dans *la République*, il précise que l'œuvre d'art n'est qu'un simulacre: une imitation de la réalité idéale, et donc condamnable du point de vue ontologique. Le beau idéal serait une chose intelligible, pas sensible. Pour lui, une chose faite selon les lois géométriques, fût-elle incroyablement belle en apparence par rapport à ces lois, elle n'a pas de valeur à l'égard du pragmatisme. C'est pourquoi on peut s'apercevoir que les sculptures grecques antiques ont une proportion exacte du corps, malgré l'absence des prunelles (pupilles de l'oeil), et d'expression du visage. Dans cette époque, les techniques utilisées pour représenter le monde intelligible occupaient une place très importante dans l'Art, et après, elles ont commencé à servir dans la représentation d'événements historiques, religieux et mythologiques jusqu'à l'arrivée de l'époque des Lumières (XVIII^e siècle). À travers ces deux courants, l'Art révèle un pouvoir éducatif car il implique l'acquisition, la maîtrise des techniques pour mieux imiter la nature et mieux représenter une histoire.

Cependant, Platon²² admet que l'on adopte une attitude indulgente à l'égard des œuvres d'art en raison du plaisir spécifique qu'elles peuvent procurer. C'est la beauté des œuvres d'art qui procure cette sensation de plaisir. Le beau voit sa définition s'affiner et se distinguer en deux notions grâce à l'apparition des termes «*esthétique*» et «*jugement de goût*», proposés par Kant²³. Au sujet du sentiment de plaisir ou de déplaisir, pour juger la beauté d'un objet, ce n'est plus un jugement dépendant d'une raison pure ou d'une réalité intelligible, mais de la faculté de goût liée aux sentiments et aux affects des individus. L'Art arrête d'imiter la nature et de représenter les événements et les histoires de religion, car l'artiste ne veut plus être seulement un «outil». L'Art se subjectivise, l'artiste personnalise ses œuvres en y inscrivant ses affects et ses propres idées. Avec l'imagination et la créativité de l'Homme, les œuvres d'Art deviennent un véhicule de l'expression personnelle de l'artiste lui-même, et peut concerner son être, les autres ou un monde sensible... en

²² Robert Williams, *Art theory: an historical introduction second edition*, Oxford, Wiley-Blackwell, 2009, P. 14.

²³ Emmanuel Kant, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Gallimard, 1989

cherchant une résonance avec le spectateur. Lorsque l'on regarde le tableau de Caspar David Friedrich «*le Voyageur contemplant une mer de nuages*», on n'y voit pas une scène historique émouvante ou encore des êtres divins, il n'y a qu'un homme qui contemple la nature. Quand on entend la cinquième symphonie de Ludwig van Beethoven, il n'y a pas de rythme épique, c'est le destin qui s'entretient avec chacun de nous. Le pouvoir expressif est donc révélé par l'imitation de la nature et la représentation d'histoires, mais dynamisé par les affects et les idées individuelles.

2. Les arts plastiques sont des techniques utilisées dans la composition des formes, des couleurs et des matières en impliquant les canaux sensoriels, plus particulièrement visuels et tactiles.

«Tous les Satyres aiment à railler; mais toi, dis-moi, en regardant chacun, pourquoi ce rire permanent?»

— C'est d'étonnement que je ris! Avec cet assemblage de pierres, une d'ici, l'autre de là, comment soudain ai-je pu me retrouver Satyre?»²⁴

*De neilos le scholastique
Anthologie grecque*

L'expression «*arts plastiques*» est dérivée du verbe grec πλάσσειν «*plassein*», en français «*former*». Dans le sens commun, les arts plastiques désignent l'architecture, la peinture, la sculpture, la céramique et les arts graphiques. Également, on les appelle «*arts visuels*», parce que les arts plastiques peuvent rappeler la sensation ou le sentiment du beau par notre vue. Pour faire émerger la beauté visuelle dans une production d'arts plastiques, il faut organiser, travailler des formes, des couleurs et des matières pour que les oeuvres d'Art puisse atteindre cet effet idéal. Pourtant, cette composition doit se référer à un objet dans le monde visuel. La nature donc, en tant que modèle primitif, possède tous les éléments des arts plastiques, des couleurs jusqu'aux matières. Le travail des artistes est de choisir, de sélectionner avec minutie, les lois de l'univers directement ou indirectement impliquées dans la composition d'une production d'arts plastiques afin d'avoir un accord entre ces éléments: l'application de la géométrie dans l'architecture, la céramique ou la joaillerie; l'utilisation de point, ligne, surface, de perspective, d'anatomie et de principe de lumière et d'ombre dans l'art pictural et la sculpture. En plus, une production réalisée peut être ou ne pas être une belle oeuvre, il faut qu'elle corrèle aussi aux normes sur le beau, normes qui sont modifiées au cours des différentes époques. Par exemple, la doctrine de l'imitation considérée comme un principe d'arts est appliquée longtemps dans l'art classique. Pour l'art pictural, une belle oeuvre peut être ce qui éveille l'idée de la chose absente, aussi elle peut être ce qui fait croire à la réalité de l'oeuvre. Cennino Cennini, peintre de Florence au XVe siècle a expliqué que la peinture est un métier qui concerne la philosophie et demande les techniques de la main et l'imagination pour découvrir les choses qui sont invisibles, et qui se cachent dans l'ombre des objets naturels. Il s'agit pour le peintre de les dénicher et les représenter par la main, afin de manifester devant nos yeux les choses qui paraissent inexistantes dans le réel. De même pour l'architecture, la sculpture ou les autres, la main et les yeux sont essentiels à la pratique des arts plastiques. Les productions d'arts plastiques disposent d'une longue durabilité grâce aux matières, mais aussi aux productions elles-mêmes.

Au fil de l'histoire de l'Art, les artistes ont posé la question sur le statut de l'oeuvre et son rôle dans la

²⁴ Collection des universités de France, *Anthologie grecque (Deuxième partie) Anthologie de planude (Tome XIII)*, Paris, Les belles lettres, 1980, P. 174.

société. Au XVIII^e siècle, cela a entraîné une rupture entre l'art classique, l'art moderne et contemporain; la frontière des arts plastiques est élargie par les mouvements de dadaïsme, de surréalisme et des pionniers de l'art conceptuel, etc. Les artistes ont tenté de chercher de nouveaux matériaux, supports et médias pour les arts plastiques expérimentaux. La photographie, le cinéma, la vidéo, et les supports numériques sont ajoutés dans le champ des arts plastiques. Les productions des nouveaux arts plastiques sont devenues très variées, parfois, on a du mal à classer une oeuvre contemporaine à cause de ses multiples supports ou de la mixité des médias. Les techniques artistiques, pour ces nouveaux genres d'arts plastiques, sont devenues très complexes. Dans le domaine de l'art contemporain la recherche du beau intelligible (note: l'imitation de l'artiste sur la nature liée à la vérité) et sensible (note: les sensations de l'artiste sur le monde extérieur) a été remplacé par celle du beau conceptuel (note: l'idée ou le concept de l'artiste sur le monde où il vit).

3. La production des arts plastiques en tant que trace humaine peut exister durablement dans le temps et l'espace.

En une seconde, la musique retentit instantanément, dans une autre seconde elle disparaît fugitivement, elle peut être interprétée par différents musiciens. De même, dans le théâtre, la danse ou le chant, le temps et les artistes sont les deux composants de leurs productions. Chaque note, chaque geste et chaque scène sont rangés au fil du temps, contrairement aux productions d'arts plastiques, elles s'enfuient avec lui. Ces productions sont réalisées pendant les activités artistiques, et disparaissent lorsque l'activité se termine. Lorsqu'une partition ou une chorégraphie est créée, elle n'est qu'un élément préparatoire de la musique ou de la danse. Le travail de l'artiste est nécessaire pour la transformer; ces productions ne peuvent pas réellement exister dans l'espace et le temps sans l'implication des artistes. Après un concert ou un spectacle, l'espace où les artistes jouaient la musique ou une pièce de théâtre redevient vide, les productions ont marqué l'espace de façon éphémère, on ne peut y trouver aucune trace. Au contraire, pendant la pratique des activités d'arts plastiques, les formes, les couleurs et les matériaux organisés sont fixés dans l'espace car ces formes, ces couleurs et ces matériaux sont présentés comme une image, une sculpture ou un édifice. Elles ont figé une scène ou un geste qui est capté par l'artiste en ajoutant ses propres idées et ses messages personnels, et s'étendent dans la ligne du temps, sans implication des artistes. Une fois qu'elles sont créées, les productions d'arts plastiques peuvent exister durablement, et se soustraire à la contrainte du temps et de l'artiste. La peinture, la sculpture ou l'édifice, peuvent traverser des siècles, et perdurer dans l'espace, afin de témoigner de l'existence des artistes. Ces productions d'arts plastiques sont les traces des actes et des mouvements créatifs des hommes. Que ce soit un monument historique dans une ville, ou les peintures et sculptures dans un musée, ils continuent à décrire la nature ou les histoires des hommes ou des divins, à exprimer l'âme et l'esprit de l'être humain sous l'aspect figuratif, devant les visiteurs et les spectateurs. Et les productions d'arts plastiques enregistrent les caractéristiques de l'époque, les pensées et les actes physiques d'artistes: quand on se promène dans le musée du Louvre et qu'on se retrouve face à face avec ces grandes oeuvres d'Art, on a un contact direct avec les traces des fameux maîtres et de leurs différentes époques.

4. Le beau d'une production artistique peut remuer des sentiments, surtout le plaisir esthétique.

Les innombrables personnes tombent en admiration devant sa beauté étonnante, même la nymphe Écho meurt de mélancolie à cause de son indifférence. Un jour qu'il s'abreuve à une source impide, il

voit son reflet dans l'eau. La beauté de l'image le stupéfie et il tombe amoureux de lui-même. Alors qu'il reste longtemps à se contempler, il désespère de ne jamais pouvoir atteindre cette image. Finalement il meurt de dépérissement. Peu de temps après, des fleurs poussent dans le lieu où il est mort, elles portent son nom, que l'on appelle aujourd'hui Narcisse.

Un autre récit, issu de «Lie Zi»*, raconte que, dans la période des royaumes combattants, Han E était une experte du chant du royaume Han. Une nuit, elle arriva dans une ville du royaume Qi. A cause de la fatigue et de la faim, elle chercha une auberge pour y dormir. Comme il lui restait très peu d'argent, elle fut humiliée et chassée. Ayant le coeur brisé, elle transforma sa tristesse en chant, et sa voix se répandit dans toute la ville. Lendemain, Han E avait quitté les lieux. Cependant, les gens de la ville avaient tant été touchés par la tristesse de son chant, qu'ils cessèrent de manger, de boire et de dormir.

Ils décidèrent alors d'envoyer un jeune homme pour la chercher et lui demander de revenir. Quand elle revint finalement dans la ville, les gens l'accueillirent chaleureusement, avec beaucoup d'hospitalité. Han E en fut tellement touchée qu'elle passa du chagrin à la joie, et elle se mit à chanter un chant joyeux. De nouveau, sa voix resonna dans tous les coins de la ville. Les habitants se mirent alors à chanter et à danser avec Han E. Plusieurs jours après son départ, sa belle voix et ses chants résonnaient encore dans leurs oreilles. Ce récit est devenu un idiomme chinois, et lorsque l'on une belle musique ou une voix magnifique, on dit alors: yu yin rao liang (餘音繞梁), c'est-à-dire «la musique terminée, sa mélodie résonne encore».

Dans ces deux récits, on y évoque la puissance du beau. Le beau n'existe jamais tout seul, il adhère toujours aux choses différentes que l'on peut capter dans la nature, sur les animaux, mais aussi dans les productions artistiques. Il nous permet donc d'engendrer des sensations, des émotions et des sentiments, grâce au plaisir esthétique. Bien sûr la fin du récit de Narcisse est un drame, mais l'adoration des innombrables personnes et de la nymphe Echo sont manifestées grâce à la beauté de Narcisse. C'est une expérience esthétique au début, et le développement de cette expérience fait que toutes ces personnes tombent en admiration pour lui. Quand on dit: j'aime ou je n'aime pas, il s'agit en premier lieu d'exprimer une sensation (cela me plaît ou ne me plaît pas), le plaisir esthétique nous permet de qualifier le plaisir d'une chose. Dans le récit de Narcisse, le plaisir esthétique est provoqué par sa beauté, et il leur permet de tomber en admiration. Même Narcisse lui-même, qui est quelqu'un de hautain et indifférent à son entourage est également remué par le beau, et sa beauté lui procure un plaisir esthétique à travers l'expérience de regarder sa propre image dans l'eau.

De même, la recherche esthétique des artistes peut aussi, par notre perception, nous apporter un plaisir esthétique. Comme dans le récit de Han E, les chansons de Han E font éprouver des sentiments différents aux gens de la ville du royaume Qi; le beau ici a une implication différente. Les gens ont été imprégnés de la tristesse du chant de Han E au début, tout comme la deuxième fois lorsqu'elle a chanté des chants heureux. À travers ces deux expériences esthétiques, les gens ont ressenti un plaisir esthétique à chaque fois, même s'ils étaient tristes, cela leur avait plu, puisqu'ils ont ensuite décidé de faire revenir Han. Par exemple, on écoute une musique que l'on aime beaucoup, parfois elle peut nous faire pleurer; également pour un film ou une poésie. Le beau peut parfois susciter le mélancolique ou le tragique. Surtout quand un artiste veut représenter un drame, lorsqu'il est dans la production artistique, le drame devient une expression esthétique. «*Selon Bergson, les artistes peuvent voir ce que les autres hommes ne voient pas et leurs oeuvres le leur font voir.*»²⁵, C'est au beau que les artistes sont le plus sensibles et ils nous le font voir dans leurs oeuvres.

* Le **Lie Zi (Lie Tseu)** 列子 ou **Vrai classique du vide parfait (Chong xu zhen jing)** 冲虚真经 est un recueil de fables philosophiques et d'aphorismes se rattachant en majorité au courant taoïste, mentionné pour la première fois dans le chapitre littérature du *Livre des Han* et attribué à Lie Yukou, sage cité dans le *Zhuangzi*.

²⁵ Cyril Morana, Eric Oudin, *Petite philosophie des grandes idées L'ART*, Paris, EYROLLES, 2010, P. 134.

La joie, le chagrin, un homme, une plante ou une histoire, dès qu'ils sont représentés dans une production artistique, eux-même ou les autres caractéristiques ne sont plus importants, c'est leur beauté que nous avons désormais devant les yeux. Devant une oeuvre d'Art, chacun peut avoir des sensations et des sentiments différents. Que l'on se sente triste ou gai, quelque soit notre ressenti, tous ces sentiments où ces sensations qui nous permettent d'aimer une oeuvre d'Art sont basés sur le plaisir esthétique.

5. L'exposition des œuvres d'arts plastiques permet de fonder une communication entre l'artiste et son monde extérieur.

Le terme d'exposition peut être considéré comme un outil de communication pour ceux qui sont exposés. Selon le type d'exposition, les objectifs, les fonctions, les publics sont différents, comme les expositions artistiques, scientifiques, ethnologiques, commerciales, etc... Pourtant la nature de l'exposition est de présenter des objets ou des documents dans un moment et dans un espace donnés pour un certain public. Et son but est la diffusion des informations et du sens à travers les objets rassemblés, auprès du public.

Trois acteurs sont essentiels dans la création d'une exposition, *«elle est un échange entre l'émetteur (le concepteur et son équipe) qui a des intentions, les objets présentés de façon à transmettre un message, et le récepteur (le public) qui a des attentes.»*²⁶. Selon ces trois acteurs, on voit qu'il faut en premier avoir une intention de l'émetteur. Pour une exposition artistique, l'artiste qui a envie de montrer ses oeuvres d'Art est un émetteur très important à l'égard du contenu d'une exposition, il s'agit de la volonté d'une rencontre avec le public. Et les autres émetteurs comme le commissaire et l'équipe du travail, parfois avec l'artiste, mettent en place l'exposition après avoir fixé un objectif et pris en compte des stratégies.

Avant de se manifester au public, l'oeuvre d'Art ou la production artistique n'est qu'une expression esthétique. En tant que langage de l'artiste, elle véhicule les informations et le sens que l'artiste a voulu exprimer. Sans contemplateur, elle est autoréflexive. Parfois, l'artiste lui-même peut être un contemplateur de son oeuvre, il s'agit alors d'une situation spéciale comme lorsque l'on se parle à soi-même, en face d'un miroir. C'est pourquoi l'intention de montrer ses oeuvres d'Art dans un espace public comme lieu d'exposition, est un pas radical à franchir afin d'établir une communication et un lien social. En choisissant le thème de l'exposition, le type d'approche, les moyens et outils de mise en place des oeuvres d'Art, un espace vide se transforme en environnement scénographique. Cet espace se tient prêt à accueillir des publics, et une bonne disposition des œuvres peut mieux transmettre leur message et l'ensemble des idées des artistes. Ainsi, les oeuvres d'Art qui sont présentées dans un lieu public, peuvent devenir un porte-parole pour transmettre les messages et le sens de l'artiste. Elles sont devenues transitives, et peuvent échanger une conversation avec le public.

Dans ce nouvel environnement et le contexte donné, les productions d'arts plastiques changent de nature et de fonction. Une exposition en tant que telle peut être une invitation qui provoque des sensations, des questions et des réflexions des spectateurs. Au travers de la visite, l'exposition peut établir une communication et un lien social entre l'artiste et le monde extérieur. Dans ce cas-là, l'oeuvre d'Art n'est plus seulement une expression esthétique, l'exposition constitue comme un média qui l'amène dans un temps et un espace social où chaque visiteur doit lire, traduire et adapter sa perception de l'oeuvre à son savoir et à sa sensibilité. Donc les activités intellectuelles et

²⁶ Clair Merleau-Ponty, Jean-Jacques Ezrati, *L'exposition, théorie et pratique*, Paris, L'harmattan, 2005, P. 32.

émotionnelles de l'artiste se mêlent à celles des spectateurs, c'est une interaction, un échange entre eux.

C. En utilisant les spécificités des arts plastiques, l'art-thérapie permet d'améliorer la qualité existentielle des personnes âgées.

1. En utilisant le pouvoir éducatif et expressif de l'Art, l'art-thérapie à dominante arts plastiques permet d'entretenir les capacités physiques et mentales résiduelles des personnes âgées désorientées.

1.1 En répondant aux conditions de santé physique, mentale et sociale, un lien s'établit entre l'Art et la santé.

La définition de santé, selon l'OMS²⁷, est «*un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*»²⁸. On connaît l'importance d'une harmonie entre le physique, le mental et le social pour constituer un bon état de santé de la personne. Par exemple: une personne handicapée physique à qui il manque un bras ou une jambe, si elle accepte et adapte bien son «nouveau corps», conserve un bon état de santé. Au contraire, une personne qui n'a pas de déficience physique, a du mal à entretenir des relations avec autrui et n'a aucune estime positive d'elle-même, de son identité et sa personnalité, on ne peut pas dire que son état de santé soit satisfaisant en présentant cette souffrance sociale. La santé d'un individu est essentiellement mesurée par ces trois conditions, dont l'harmonie s'appuie sur le bien-être. Le bien-être est une sensation agréable sur notre propre état physique, mental et social qui peut être provoquée par des activités humaines. L'Art étant l'une de ces activités humaines, il peut donc bien répondre à ces trois conditions. Car l'activité artistique a besoin d'une implication somatique et mentale, et la production artistique peut entraîner un effet relationnel et un plaisir esthétique. Donc, sous cet aspect, un lien s'établit entre l'Art et la santé.

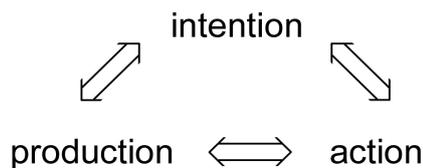
1.2 Par l'utilisation et l'organisation des couleurs, des formes et des matières, les arts plastiques peuvent aider les personnes désorientées à entretenir leur capacités physiques et mentales résiduelles.

L'Art en lui-même n'est qu'une activité humaine volontaire orientée vers une recherche esthétique, la question du beau est donc un point central en lui. Mais l'Art est aussi une activité humaine qui implique une harmonie du corps physique et de l'âme de l'être humain. Dans l'activité artistique, le mouvement somatique doit s'accorder avec le mouvement mental pour produire une oeuvre idéale. Dans le processus d'activité artistique, le mouvement consiste en l'utilisation des techniques que l'on connaît (du mental au somatique, de l'intérieur de l'homme vers son extérieur). Il peut s'agir également d'un apprentissage pour acquérir les nouvelles connaissances, (du somatique au mental, de son extérieur à son intérieur). Un va et vient entre l'activité physique et intellectuelle nous permet d'avoir un développement ou un entretien des capacités physiques et mentales, c'est le pouvoir éducatif de l'Art, qui peut être constaté dans l'**action** de l'être humain lors de sa participation à une activité artistique. Elle est un des trois composants du **phénomène artistique***, les deux autres étant

²⁷ L'organisation mondiale de la santé

²⁸ Préambule à la constitution de l'OMS, 1946, P. 1.

l'**intention** et la **production**.



*Schéma du phénomène artistique extrait de « Tout savoir sur l'art-thérapie » de Richard Forestier**

L'art-thérapie peut s'appuyer sur ce pouvoir éducatif pour les personnes âgées désorientées, la participation à une activité d'arts plastiques leur permet d'utiliser certaines facultés mentales et physiques qu'elles possèdent encore. Par exemple, le choix et l'utilisation des couleurs, des outils et des matières sollicitent des connaissances qu'elles possèdent ou qu'elles vont apprendre à connaître. Ainsi, les facultés cognitives telles que la mémoire, l'intelligence, sont obligées d'être en accord avec le corps somatique: le toucher, le regard sélectif, la gestuelle fine des mains avec un regard concentré attentif pour organiser ces formes, ces couleurs, ces matières.

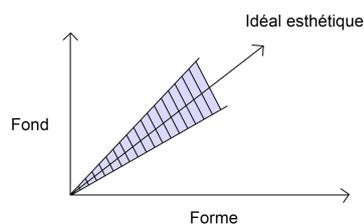
D'ailleurs, le va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur de l'être humain révèle également le pouvoir expressif de l'Art. Il s'agit du fait que l'on est capable de capter des informations extérieures, les reçus peuvent être conscients ou non. Ces impressions peuvent stimuler les facultés mentales, comme la mémoire, l'imaginaire, etc, puis entraîner des sentiments, des émotions, des idées, etc... Également grâce aux stimulations mentales, l'être humain peut avoir une **intention** qui lui permet d'avoir un élan pour produire quelque chose, cette réaction s'appelle l'expression. Elle peut établir une communication, si l'expression est dirigée vers les autres. Elle est un processus alternant entre l'impression et l'expression, et est très importante, selon les besoins fondamentaux de l'homme, pour maintenir un échange entre l'être humain et le monde extérieur. Pourtant, l'expression de l'homme n'est pas une répétition mécanique des impressions. En revanche, elle peut refléter les capacités cognitives de l'être humain, plus développées que les espèces animales, particulièrement sur la conscience de soi, la créativité et l'imaginaire avec une complexité affective. L'Art, dans son pouvoir expressif, peut comprendre toutes ces capacités mentales que l'on peut apercevoir dans une oeuvre d'Art. Les arts plastiques sont des techniques qui peuvent aider des personnes âgées désorientées à transmettre les idées, les sentiments et les émotions sans les verbaliser, par utilisation et organisation des images, des couleurs, des matières et des formes etc, surtout pour ceux qui souffrent de troubles de l'expression. Pourtant, il est nécessaire que l'art-thérapeute cherche un moyen adapté à la personne, pour la guider pendant l'activité afin d'atteindre les effets bénéfiques du pouvoir éducatif et expressif de l'Art.

2. Le plaisir esthétique permet de stimuler la psycho-motricité et d'avoir un ressenti corporel positif susceptible d'atténuer l'état dépressif et l'anxiété.

Le plaisir est une sensation agréable, procurée par un impact sensoriel venant de l'extérieur de l'être humain. Cette sensation agréable provoquée par la beauté d'un objet est un plaisir esthétique. La source du plaisir esthétique peut être les objets de la nature, ou ceux fabriqués par l'homme, surtout l'oeuvre d'Art comme une expression sensible de l'idéal esthétique de l'être humain ou de l'artiste. Le plaisir esthétique est considérable en art-thérapie. À travers une chose, surtout une oeuvre d'Art, le plaisir esthétique peut stimuler une intention amenant une manifestation physique, il peut aussi être exploité au cours de l'activité artistique afin de provoquer un ressenti corporel positif.

* Phénomène artistique est un modèle théorique extrait de « Tout savoir sur l'art-thérapie » de Richard Forestier

* Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

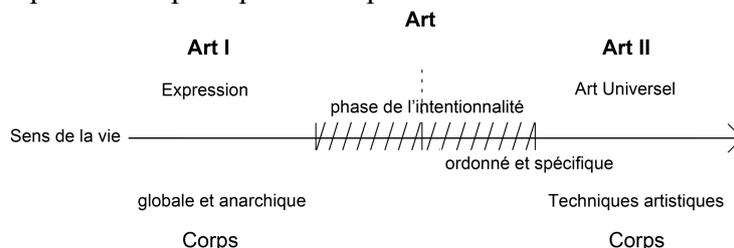


Note : esthétique est plus tôt comme une zone entre le fond et la forme

*Schéma de la présentation conventionnelle de l'oeuvre d'Art extrait de «Tout savoir sur l'Art occidental» de Richard Forestier**

Dans le premier cas où le plaisir esthétique peut fonctionner sur la stimulation de l'intention artistique, on se place dans le contexte où on est contemplateur, tel un spectateur qui regarde un tableau. Le plaisir esthétique peut ouvrir une piste art-thérapeutique, parce que la pratique artistique est une composante principale de l'art-thérapie, et il faut en premier lieu avoir une idée, une envie d'exercer une pratique artistique. Selon la théorie du phénomène artistique, avant la phase de l'action qui démarre l'activité artistique, il y a la phase de l'intention, qui se traduit par des idées, une envie, engendrées par les captations sensorielles de la personne, qui stimulent ses facultés cognitives. L'intention peut être simplement une envie de tracer quelques traits de crayon, mélanger deux couleurs, ou toucher différentes matières. Ou bien elle se traduit par une idée concrète : peindre un autoportrait ou sculpter un animal.

Soit comme une envie simple, soit comme une idée concrète, l'intention peut déclencher une activité artistique, et le plaisir peut la stimuler. Parce que cette sensation agréable peut nous permettre d'avoir des idées ou des envies. Selon Locke, «*la sensation est la source de toute connaissance et de toute idée.*»²⁹. Pour lui, les idées de l'homme sont venues de deux sources: l'expérience sensible (la sensation), et l'expérience intérieure ou celle des opérations de l'entendement (comparaison et combinaison des idées). Pourtant, «*... l'entendement ne peut d'abord opérer que sur les idées qui lui fournies par les sens: les idées de réflexion [comme penser, douter, croire, etc] sont secondes logiquement et chronologiquement, et dérivent des idées de sensations.*»³⁰. Lorsqu'on est un contemplateur devant un tableau, on peut recevoir des idées de jaune, de vert, des lignes droites et courbes, des formes rondes et carrées ou singulières. Les sens font entrer ces idées dans notre esprit, et cet impact sensoriel peut nous procurer un plaisir esthétique (que j'aime ce jaune clair côtoyant ce bleu foncé, et ces lignes droites si fines avec ces courbes épaisses, ou ces formes singulières marron en bas du tableau). Ces idées du plaisir esthétique peuvent nous permettre d'avoir une intention artistique mais archaïque, si on la met en pratique, c'est l'**Art I**, selon les termes utilisés en art-thérapie. Ou bien, ces idées peuvent être affinées comme une intention sophistiquée par l'opération de l'esprit ou par une réflexion sur la pratique artistique en **Art I**, par exemple: une idée artistique concrète et une réflexion sur les techniques artistiques pour la réaliser, donc ce serait l'**Art II** qui peut être observé pendant la pratique artistique.



*schéma d'approche méthodologique de l'activité artistique extrait de «Tout savoir sur l'art-thérapie» de Richard Forestier**

L'avantage du plaisir esthétique dans l'art-thérapie, c'est qu'il peut stimuler l'activité mentale de la

* Richard Forestier, *Tout savoir sur l'Art occidental*, Lausanne, Favre, 2004.

²⁹ Laboratoire REsSEN, *Réfléchir [sur] la sensation*, Paris, Eac, 2011, P. 29.

³⁰ Laboratoire REsSEN, *Réfléchir [sur] la sensation*, Paris, Eac, 2011, P. 30.

personne pour déclencher une activité physique. Comme c'est une sensation agréable, elle peut être aussi une impulsion pour le mouvement du corps physique. Pourtant, la personne ne peut que rester contemplatrice avec un plaisir esthétique et un intérêt sur une oeuvre d'Art, sans déclenchement de l'activité physique. Il faut alors que l'art-thérapeute mesure l'intensité du plaisir esthétique et en tire profit pour guider la personne à générer l'activité physique.

Dans ce cas de figure, on est acteur, comme l'artiste. Le déroulement de l'opération du plaisir esthétique sur la stimulation sensorielle est identique au premier cas. Dans ce deuxième cas, le contemplateur n'est plus un simple spectateur, mais un acteur ou un artiste, pendant ou après une pratique artistique, car l'objet contemplé est devenu sa propre production artistique. Et cette production artistique, comme une trace de l'activité physique et mentale de la personne, est un témoignage de ses capacités.

Pour la personne âgée désorientée, la production artistique peut refléter ses capacités résiduelles. Si le plaisir esthétique est éprouvé suite à la perception de sa propre production artistique, cela il lui permet d'avoir un ressenti corporel positif. Parce que ce plaisir procuré est une satisfaction de la personne sur sa propre trace physique et mentale, il lui permet aussi d'avoir une appréciation positive en découvrant ses capacités résiduelles au travers de l'activité artistique et de sa production artistique, c'est une valorisation de l'estime de soi. En plus, le plaisir esthétique procuré par sa production peut l'encourager à poursuivre son activité artistique ou à s'investir dans une nouvelle activité artistique.

Enfin, les effets du plaisir esthétique peuvent jouer un rôle positif contre l'état dépressif et anxieux. Ces émotions négatives peuvent provoquer des problèmes d'apraxie, à cause de la perte d'intérêt et de la crainte de dangers imprécis. Le plaisir esthétique, comme une sensation positive stimulée par un impact sensoriel allant de l'extérieur à l'intérieur de la personne, permet de comparer et combiner une intention ou une volonté, c'est une affirmation de soi: "J'aime cette couleur rouge et cette forme ronde, j'aimerais en faire d'autres avec des tailles différentes." La personne souffrant d'état dépressif ou d'anxiété réussit à retrouver son goût et exprimer son style, ce qui contraste nettement avec l'indifférence et l'incertitude évoqués précédemment. Ce ressenti et cet élan positif peuvent modifier l'état des émotions négatives, et stimuler l'intention et la volonté qui entraînent une poussée corporelle. En plus, le plaisir esthétique procuré par la production artistique, pendant ou après l'activité artistique, peut améliorer le ressenti corporel de la personne. Cette estime de soi positive liée à la manifestation des capacités résiduelles s'inscrit dans une harmonie entre l'activité physique et mentale de son corps.

3. La production des arts plastiques permet aux personnes âgées désorientées de se construire un repère spatio-temporel.

Pour se façonner un repère temporo-spatial, l'individu doit solliciter ses facultés cognitives, et plus particulièrement la mémoire. Le terme de mémoire est défini par le Petit Robert comme la *«faculté de conserver et de rappeler des états de consciences passé et ce qui s'y trouve associé»* ou comme *«l'esprit, en tant qu'il garde le souvenir du passé»*. Au-delà de son fonctionnement et de ses liens avec d'autres facultés cognitives, la mémoire est un mécanisme très complexe. Selon l'approche contemporaine de la mémoire, elle peut être divisée en plusieurs systèmes: **la mémoire de travail** dont le modèle est proposé par Baddeley (appelée auparavant la mémoire à court terme), qui sous-tend les capacités permettant de stocker et de manipuler une quantité limitée d'informations nécessaires à la réalisation d'une tâche en cours; Endel Tulving quant à lui a distingué un autre type

* Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

de mémoire qu'est **la mémoire épisodique** (la mémoire à long terme) qui est impliquée dans le souvenir des expériences personnelles. Nous avons également **la mémoire sémantique** qui concerne le stockage des connaissances, **la mémoire implicite** qui concerne les tâches mnésiques dans lesquelles on évalue l'influence d'une expérience préalable sur la performance d'un sujet sans exiger de lui une récupération intentionnelle de l'épisode d'apprentissage; puis, enfin, **la mémoire procédurale**, qui se rapporte à notre capacité à acquérir progressivement de nouvelles habiletés par le biais d'une pratique longue et répétée, à les stocker, et à les restituer ultérieurement. Ces deux derniers systèmes de mémoire qui concernent essentiellement le stockage des informations à long terme sont dits non déclaratifs, et elles peuvent influencer le comportement du sujet en dehors de tout souvenir conscient. Au contraire, les autres systèmes de mémoire comme la mémoire de travail, la mémoire épisodique, et la mémoire sémantique, sont des mémoires déclaratives et impliquent une récupération explicite de l'information mémorisée.

Pourtant, tous ces systèmes de mémoire ne déclinent pas de façon homogène au cours du vieillissement. Pour les personnes âgées désorientées, ce sont la mémoire de travail et la mémoire épisodique qui sont affectées. Dans la mémoire épisodique, une diminution de la performance mnésique apparaît déjà dans le vieillissement normal. Quant aux personnes âgées désorientées, l'altération de la mémoire épisodique commence par les souvenirs récents: les informations stockées sur des épisodes ou des événements personnels ou collectifs dans le contexte spatio-temporel, et aussi la relation spatio-temporelle entre ces informations, se dégrade ou se perd si ces informations sont récentes («qu'est-ce que je viens de manger? Ai-je ouvert ou fermé le robinet tout à l'heure? À qui ai-je parlé au téléphone?» etc.). Les souvenirs anciens sont en général mieux préservés.

La mémoire épisodique concerne l'encodage et le stockage des récits ou des expériences passées, elle nous permet d'avoir un sens de la vie au niveau temporel, c'est sa fonction rétrospective. Mais, elle est également impliquée dans les activités prospectives, comme le souvenir d'une action à réaliser dans le futur. Donc, un échec sur l'opération de récupération des informations dans la mémoire épisodique altère le repère spatio-temporel chez les personnes âgées désorientées. L'altération mnésique touche aussi les capacités de rétention temporaire de l'information, surtout chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Leur mémoire de travail est déficiente, c'est-à-dire que leur mémoire à court terme ne peut pas maintenir temporairement active une petite quantité d'informations durant la réalisation de tâches cognitives diverses. Par rapport à la mémoire épisodique et la mémoire à court terme, la mémoire sémantique et la mémoire non déclarative peuvent être relativement stables. Avec les capacités mnésiques résiduelles, un aide-mémoire externe peut compenser ou soulager les difficultés de performance des mémoires épisodiques et de travail. Des aménagements et matériels spéciaux peuvent remplacer des informations perdues de la mémoire épisodique dans une perspective de récupération. En conjugant les capacités mnésiques résiduelles avec d'autres facultés cognitives, les personnes âgées désorientées peuvent retrouver des repères au niveau spatio-temporel.

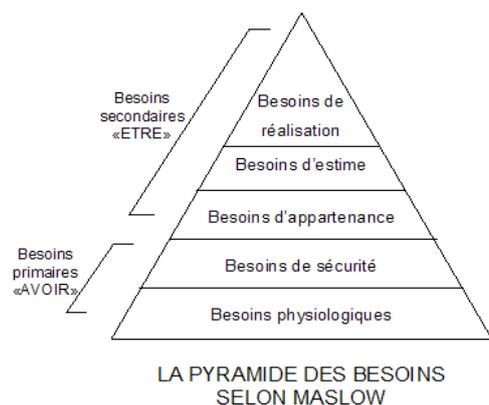
Le repère, selon la définition du Petit Robert, est comme une *«marque qui sert à retrouver un emplacement, un endroit (signe, objet matériel) pour faire un travail avec précision, ajuster des pièces, localiser un phénomène.»*. On a déjà évoqué que la production d'arts plastiques en tant que trace humaine peut exister durablement dans le temps et l'espace. Elle peut éviter le problème du caractère éphémère des informations sonores. Cette production est une trace qui témoigne d'un événement temporellement daté, et son apparition est une marque dans le fil du temps. Donc, en portant les indices de date, de l'endroit et d'une expérience personnelle, en conservant toutes ces informations précises, elle peut servir "d'aide-mémoire épisodique externe" pour que les personnes âgées puissent avoir un repère spatio-temporel. La production d'arts plastiques peut faciliter la

récupération des informations épisodiques et aider à réorganiser des éléments du processus mnésique. Grâce à cet aide-mémoire externe, les personnes âgées désorientées peuvent établir une corrélation entre le passé et le présent avec un indice environnemental qu'est le lieu où la production a été réalisée. Dans le contexte des séances art-thérapeutiques, la production d'arts plastiques peut pallier, sauf pour la mémoire rétrospective, à un certain degré de déficience de la mémoire prospective; les personnes âgées désorientées peuvent reconnaître leur activité artistique passée, et ainsi peut-être recommencer une autre dans le futur. Les productions d'arts plastiques réalisées dans les activités artistiques peuvent permettre aux personnes âgées désorientées d'établir un lien entre les séances, et elles peuvent avoir une conscience d'une continuité spatio-temporelle auprès de ces aides-mémoire visuelles externes. Les productions d'arts plastiques peuvent donc témoigner de leur implication dans la vie quotidienne à travers les activités artistiques effectuées.

Par ailleurs, comme la production artistique peut procurer un plaisir esthétique, il est possible qu'elle permette aux personnes âgées désorientées de mobiliser **une mémoire émotionnelle**, par la stimulation sensorielle. Ce système mnésique est le plus précoce, et consiste en l'encodage et le stockage de nos sentiments, de nos émotions et de nos affects. Elle peut perdurer jusqu'au bout de la vie, même quand les déficiences mnésiques deviennent très graves. Dans la mesure où la production artistique apporte un plaisir esthétique à la personne âgée désorientée, elle peut l'aider à récupérer et manifester des informations émotionnelles stockées pour compléter les informations épisodiques d'un événement.

4. Un engagement de participation aux activités artistiques dans l'art-thérapie permet de redynamiser le temps individuel des personnes âgées désorientées en institution pour raviver leur saveur existentielle.

Dans les chapitres antérieurs, on a parlé des difficultés qu'ont les personnes âgées désorientées institutionnalisées, en lien avec leurs déficiences physiques et mentales. Ces pénalités diminuent leur autonomie, notamment dans le domaine des activités quotidiennes. Surtout, quand ces personnes sont prises en charge dans un établissement d'hébergement médicalisé, la nécessité de l'exécution des activités quotidiennes est palliée par l'équipe de soins et en quittant de la famille, les liens sociaux réduisent dans cet environnement sécurisé. En tant qu'être humain, l'humanité est ce qui nous différencie des autres animaux. Cette humanité peut être révélée par nos besoins fondamentaux. Le modèle d'Abraham Maslow, défini par une pyramide sur lesquels nos besoins fondamentaux sont répertoriés du plus important au plus optionnel, de bas en haut, se traduit comme suit: le niveau nutritionnel, sanitaire, affectif, social et culturel. On peut comparer cette classification à celle des stades de la vie : du stade de l'embryon à celui de la personne âgée. Notre humanité se manifeste dans les plus hautes strates de cette pyramide, catégorisées dans les besoins secondaires:



5. Accomplissement personnel: morale, créativité, résolution des problèmes...
4. Estime: confiance, respect des autres et par les autres, estime personnelle
3. Besoins d'appartenance et affectif: amour, amitié, intimité, famille
2. Besoins de sécurité: du corps, de l'emploi, de la santé, de la propriété...
1. Besoins physiologiques: manger, boire, dormir, respirer..

Dans le modèle proposé par Virginia Henderson, notre humanité apparaît explicitement à partir du dixième niveau:

- **communiquer avec ses semblables:** capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.

- **agir selon ses croyances et ses valeurs:** capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.

- **s'occuper en vue de se réaliser:** capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.

- **se divertir, se récréer:** capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.

- **apprendre:** capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

Sous les contraintes des déficiences physiques et mentales ainsi que la perte d'autonomie et des liens sociaux, certaines personnes âgées désorientées institutionnalisées peuvent souffrir d'une perte de saveur existentielle. La situation de ces personnes âgées peut affecter la satisfaction des besoins d'«être», toutefois l'environnement de l'établissement peut répondre et assurer leurs besoins physiologiques et de sécurité. Pourtant, c'est dans la satisfaction des besoins secondaires que l'on peut apprécier la saveur existentielle, et cette satisfaction est procurée par l'activité mentale et physique de l'individu; plus précisément il s'agit de la mise en avant de l'identité, la personnalité et l'individualité de la personne. Donc, ces pénalités peuvent leur faire perdre leur vitalité dans le temps, ce qui amène une réduction de la fréquence d'exécution des expériences personnelles et sociales, ainsi qu'une perte des objectifs précis et impliqués dans le futur; leur temps individuel devient statique, et petit à petit leurs capacités résiduelles s'estompent ou entrent en sommeil.

En ayant répondu aux besoins secondaires dans l'Art, c'est-à-dire notre constituant d'humanité, l'art-thérapie peut permettre à ces personnes âgées désorientées en institution de retrouver, dans un processus de soin, un objectif précis, comme une intention artistique qui peut provoquer une activité physique projetée dans le temps futur, de raviver le goût et le style personnel à travers la recherche esthétique et l'utilisation des techniques artistiques pour leurs productions, et d'acquérir ou retrouver un bon ressenti corporel grâce au plaisir esthétique qu'ils ressentent par rapport à leurs productions artistiques. De la recherche d'un projet artistique personnel jusqu'à sa réalisation, le processus de projection est obligatoirement impliqué si l'on souhaite que le projet aboutisse convenablement. Cet engagement nous permet de transformer une idée en un élément concret et réel, une activité mentale en activité physique, de l'impression à l'expression; c'est cet engagement de l'individu qui marque une expérience ou un événement personnel dans le temps individuel. Si la production artistique peut procurer un plaisir esthétique, elle peut permettre d'avoir une envie de recommencer à réaliser une nouvelle production. Ainsi, l'engagement est très important pour permettre aux personnes âgées désorientées, en réalisant leurs intentions et leurs idées, d'avoir une orientation dans le futur. Le plaisir esthétique est un facteur favorable de l'engagement, car il est agréable et peut se ressentir pendant les séances d'un projet art-thérapeutique. Les expériences personnelles des séances en art-thérapie peuvent répondre à leurs besoins humanitaires: retrouver leur goût et leur style, reconnaître et promouvoir leurs propres valeurs etc... afin d'injecter de la vigueur dans leurs temps

individuel.

5. L' effet relationnel de l'art aide les personnes âgées à recréer des liens sociaux.

Le pouvoir expressif, comme une des caractéristiques de l'Art, peut être considéré comme une première étape pour obtenir un effet relationnel. L'oeuvre d'Art, en tant que support d'expression qui véhicule l'identité, la personnalité et l'individualité de l'artiste, permet de faire une rencontre entre l'artiste et son monde extérieur, si l'artiste souhaite la montrer. Une communication peut se fonder entre l'expression de l'artiste et la résonance des autres hommes, une fois que l'artiste a ouvert ses œuvres et ses idées au monde extérieur, créant un lien social avec ses spectateurs. Leur résonance, traduite par la faculté critique, permet à l'artiste d'avoir des échanges, des retours enrichissants, et de continuer à s'épanouir et à produire. Pour les oeuvres d'arts plastiques, l'exposition, qui indique le souhait de l'artiste de montrer ses œuvres au monde, dresse un espace de rencontre. C'est un lieu organisé qui assemble les oeuvres d'arts plastiques d'un ou plusieurs artistes, son but étant la diffusion des informations et du sens contenus dans ces œuvres. L'idée essentielle est de transmettre un message aux visiteurs. On pourrait dire que cet environnement scénographique est favorable à l'instauration de la communication et des liens sociaux entre l'artiste et le public. Le choix du thème de l'exposition, le type d'approche, et les moyens et outils de mise en place des oeuvres d'Art, toutes ces facteurs peuvent à nouveau valoriser les oeuvres présentées et privilégier la communication entre l'artiste et le public. Parfois, une activité artistique peut regrouper plusieurs personnes, il s'agit donc ici d'une relation qui peut être établie entre les uns et les autres dans le groupe. La relation se différencie de la communication, elle concerne le fonctionnement et la façon d'être d'un homme vis-à-vis d'un autre homme ou d'un groupe donné. Cependant, la relation ne peut se manifester que si un climat de communication est établi, et elle peut tout à fait exister sans pour autant qu'il y ait une transmission de messages verbaux ou non-verbaux. C'est un lien qui est dressé dans un champ hors-verbal, entre l'un et l'autre ou au groupe. La nature de ce lien ne repose pas dans la signification ou la représentation d'un niveau intellectuel, mais sur une interaction au niveau affectif et émotionnel.

Cet effet relationnel de l'art peut être exploité pendant et après les séances art-thérapeutiques, sur la potentialité de la production et de l'activité artistique en groupe. Elle peut aider à recréer des liens sociaux pour les personnes âgées désorientées en institution, notamment pour celles qui souffrent d'isolement, celles qui ont des difficultés d'adaptation à leur nouveau lieu de vie, ou qui ont d'autres difficultés sur le plan relationnel. Il s'agit en art-thérapie, d'une conséquence bénéfique procurée par les activités artistiques en groupe et par la production artistique, sur la communication et la relation. L'activité artistique en groupe propose un temps et un espace sociaux où les personnes en difficulté ou en souffrance sociale peuvent exploiter leur façon d'être, maintenir et entraîner leur capacité relationnelle. La production réalisée permet également de déclencher un point de rencontre entre une personne âgée avec l'art-thérapeute ou avec les autres personnes du groupe pendant ou après l'activité artistique dans une séance. La faculté critique peut opérer sur le souhait ou l'intention d'exposer devant le public, l'exposition permettant à ces personnes âgées d'élargir la borne sociale. Ainsi donc, le point de rencontre ne se limite plus à l'art-thérapeute ou dans le groupe, mais devant un public connu ou inconnu.

PARTIE II

UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE EST RÉALISÉ POUR SIX RESIDENTES PRISES EN CHARGE INDIVIDUELLEMENT EN GROUPE DANS LA MAISON DE RETRAITE MONCONSEIL, PAR LA COLLABORATION ENTRE LA STAGIAIRE ART-THÉRAPEUTE ET LES DEUX STAGIAIRES PSYCHOLOGUES.

A . La maison de retraite Monconseil est un nouveau projet réalisé par le C.C.A.S. de TOURS pour résoudre la demande et la sous-capacité d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

1. En disposant d'une nouvelle construction moderne et d'équipements complets, la maison de retraite Monconseil accueille les personnes âgées dépendantes.

La maison de retraite Monconseil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D) . L'une des quatre maisons de retraite appartient au centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Tours, les trois autres étant la maison de retraite «Les Varennes de Loire», la maison de retraite «La Vallée du Cher» et celle «Les Trois Rivières». Elle est construite au coeur d'un éco-quartier à 4 km du centre-ville de Tours, en bénéficiant d'un vaste terrain de 6000 m² dans la Z.A.C. de Monconseil. Le programme de la maison de retraite Monconseil est basé sur l'idée que l'établissement doit être ni trop grand ni trop petit pour permettre d'apporter le meilleur service aux résidents. L'échelle humaine des espaces créés permet une sérénité et un confort à l'image du sentiment ressenti dans une maison familiale. La maison de retraite Monconseil possède un espace vert public afin de permettre aux personnes dépendantes de se promener dans un jardin aménagé. L'organisation spatiale de l'établissement est claire et lisible, chaque résident a vue sur cet espace vert. De plus, les résidents de l'espace Alzheimer disposent de leur propre jardin articulé autour de leur lieu de vie, et cette unité de vie Alzheimer est indépendante de l'unité de vie des personnes dépendantes. Disposant de 90 places, la maison de retraite Monconseil accueille des personnes dépendantes du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. Elle se décompose en:

- 2 unités de 30 places d'hébergement pour personnes dépendantes
- 2 unités de 12 places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- Un accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Pour l'équipement des chambres de résidents des premier et deuxième étages, chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec lavabo, douches et toilettes. Elles sont équipées d'une TV, et d'un téléphone. Quelques chambres communicantes sont prévues pour accueillir des couples. Pour plus de sécurité, un système d'appel d'urgence sous forme d'un bouton rouge est situé dans chaque chambre de résidents pour permettre aux résidents d'être en contact aussi souvent que nécessaire avec une personne de l'équipe, de jour ou de nuit. Concernant les activités sociales de la vie quotidienne des résidents et des objectifs de soins et thérapeutiques, les espaces de vie commune comprennent:

- Une grande salle polyvalente de 200 personnes,
- Un salon de coiffure,
- Une salle SNOEZELEN,

- Un espace de kinésithérapie,
- Une balnéothérapie,
- Un restaurant familial.

Pour les diverses animations, la grande salle polyvalente accueille les activités organisées par l'établissement ou par les partenaires extérieurs. La salle SNOEZELLEN, un espace de kinésithérapie et de balnéothérapie, sont les lieux bien équipés pour servir aux personnes âgées dans des objectifs thérapeutiques. Au moment de la visite des familles, une salle à manger à côté de la grande salle polyvalente est prévue pour cuisiner en famille afin de favoriser l'effet familial et social pour les personnes âgées de l'établissement.

2. Une équipe pluridisciplinaire dans la maison de retraite Monconseil s'intègre aux prises en charge des personnes âgées dépendantes pour un accompagnement jusqu'au bout de leur chemin dans la dignité, le respect et la liberté de ce qu'ils sont, ont été et seront.

À propos du service, l'ensemble des personnels de la maison de retraite Monconseil se divise en trois parties: le service hôtelier, l'équipe de soins et le service administratif. Le service hôtelier comprend des cuisiniers, des agents chargés de la logistique, une animation et des agents sociaux; l'équipe de soins comprend un médecin coordonnateur, un cadre de santé, un psychologue, des infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat et des aides soignant(e)s; l'établissement dispose également d'un pharmacien référent présent du lundi au vendredi après-midi pour préparer les traitements; le service administratif comprend, outre la direction, un gérant de tutelle et un agent d'accueil.

À propos de l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire et des résidents dans la maison de retraite Monconseil, un programme est appliqué pour la journée de l'établissement: trois équipes de nuit, du matin et du soir se relaient entre 6h, 14h et 21h dans la journée; deux réunions de transmission se font le matin et l'après midi pour transmettre les informations relatives aux résidents; les horaires de trois repas des résidents sont fixés à 7h30, 12h, 18h30; les prises en charge commencent avec les petits déjeuners (aide au lever du matin, aux toilettes, etc...); des activités d'animation sont proposées vers 15h après le déjeuner et se terminent par un goûter à 16h; la journée se termine après le dîner et la préparation au coucher.

Les orientations de l'EHPAD du CCAS de la ville de Tours concernent un projet d'établissement ouvert, partagé par les personnes âgées, leurs proches et les professionnels afin de permettre aux résidents de donner du sens à leur vie. Il s'agit de permettre une approche de soin de santé globale de la personne. Le fonctionnement de l'EHPAD fonctionne autour:

- du respect des droits et libertés des résidents accueillis,
- de l'accueil en maison de retraite,
- de l'aménagement du lieu de vie,
- du temps de restauration,
- de l'animation, la vie sociale et affective,
- de la prise en compte de besoins médicaux,
- de l'approche de la fin de vie et du décès.

L'accompagnement des soignants consiste à:

- prendre soin,
- préservation de l'autonomie de la personne,
- maintien et de l'amélioration de la réflexion éthique,

- écoute et réponse aux besoins exprimés par les résidents.

De plus, une composante spécifique s'intègre dans le fonctionnement de l'EHPAD, c'est l'accompagnement des personnes ayant des troubles cognitifs, en hébergement et en Accueil de jour. Ainsi, cette prise en charge s'inscrit dans le cadre d'une démarche qualité axée sur la bientraitance.

La bientraitance est une notion utilisée dans le domaine de l'éthique, et recouvre un ensemble d'attitudes et de comportements positifs et constants de respect, de bons soins, de marques et manifestation de confiance, d'encouragement et d'aide envers des personnes ou des groupes en situation de vulnérabilité ou de dépendance, tout particulièrement les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les malades très vulnérables tels que ceux touchés par la maladie d'Alzheimer. La bientraitance caractérise tous ces petits gestes et attitudes quotidiennes qui donnent du sens au métier de soignant et à tous métiers où l'on côtoie des personnes âgées, à qui l'on doit le respect et la compréhension. Elle se traduit par toutes ces petites choses qui font de nous, non seulement des professionnels fiables mais également des êtres humains, qui assurent aux personnes âgées un bien-être quotidien, heureux et digne.

Concernant l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, une communauté se fonde sur les aspects communs entre les orientations de l'EHPAD du CCAS de la ville de Tours et l'objectif de l'art-thérapie: la santé, le bien-être, le soin thérapeutique ou humanitaire etc... Ainsi, l'art-thérapie peut s'inscrire dans le processus de soin projeté par l'établissement.

3. L'observation du fonctionnement et des activités quotidiennes de la maison de retraite
Monconseil permet d'exécuter le projet d'art-thérapie en cohérence avec l'objectif général du soin de l'établissement.

Une observation pendant trois jours a été effectuée sur la proposition de la psychologue Laurence CHEVALIER-SORET. La participation aux activités journalières dans l'unité d'Alzheimer ainsi qu'à l'accueil de jour ont permis à la stagiaire art-thérapeute de rencontrer et de prendre un premier contact avec les résidents.

L'unité Alzheimer est située dans une partie du rez-de-chaussée, et la porte d'entrée est sécurisée en code passe. Elle comporte un accueil de jour de 6 places, et est ouvert du lundi au vendredi pour accueillir des personnes en troubles de désorientation. Comme dans les autres étages, trois équipes se relaient pendant la journée et la nuit, un emploi du temps est spécifique à chaque étage. Dans la matinée, pour les personnes âgées, la prise en charge débute par le petit déjeuner et la toilette, avec l'accompagnement des aides-soignants. A partir de 16h, un goûter est proposé, puis un dîner vers 18h30. Pour les résidents, une période plus souple et dynamique dans la journée se situe entre 15h à 16h, où diverses activités d'animation sont organisées dans la grande salle à manger. Souvent les activités sont proposées par les aide-soignants selon leurs disponibilités tels des jeux de société, des chants, des jeux de mémoire, etc... Dans les autres étages, c'est une animatrice qui propose de temps en temps diverses activités dans la salle polyvalente, en groupe avec une dizaine de résidents, parfois une ou un aide-soignant y participe. Selon le programme prévu, diverses sorties peuvent être organisées et proposées à certains résidents.

Une découverte de la salle SNOEZELEN est organisée par la psychologue, avec un stagiaire psychologue et deux aides-soignantes. SNOEZELEN est un concept de bien-être et de détente par les stimulations sensorielles dans un espace créé en atmosphère adéquate. Les participants sont divisés en deux groupes, chacun jouant une fois le rôle de résident afin d'être stimulé par son partenaire: toucher les différents objets et sentir des parfums sur fond musical ou sonore.

À la maison de retraite Monconseil, les activités de l'établissement sont divisées en quatre catégories:

- les activités de la vie quotidienne qui ont pour but de conserver ou de retrouver des gestes automatiques, rassurants, permettant de se sentir utile (ex: préparation des repas, entretien des plantes, réfection des lits,...);
- les activités thérapeutiques qui ont pour but de stimuler l'expression, la créativité, la motricité, la curiosité ; elles visent à optimiser les capacités restantes et à apporter un mieux-être (ex: atelier équilibre, écriture, psychomotricité, espace SNOEZELLEN, balnéothérapie,...);
- les activités physiques et extérieures permettant le maintien du lien social et de garder une représentation du schéma corporel (ex: gym, balades,...);
- les activités ludiques qui ont pour but de rythmer le temps qui passe et sont source de plaisir (ex: potager, visites, courses, pique-nique, jardinage,...).

En tant que discipline paramédicale, l'art-thérapie utilise l'Art comme processeur thérapeutique pour recouvrer, améliorer, maintenir des capacités (expression, communication, relation) ou facultés résiduelles (physiques, mentales et sociales) du patient. Du fait, un atelier d'art-thérapie est élaboré avec l'intérêt de rejoindre le but thérapeutique de l'établissement, par la stagiaire art-thérapeute en collaboration avec deux stagiaires psychologues.

B. En créant une équipe avec deux stagiaires psychologues, un atelier d'art-thérapie est instauré dans l'objectif thérapeutique général de l'établissement pour permettre la prise en charge individuelle dans un groupe, de six résidentes présentant des troubles de la désorientation.

1. Sur la proposition de la responsable de stage, un projet d'art-thérapie est effectué par l'équipe formée par la stagiaire art-thérapeute et deux stagiaires psychologues.

À la suite d'une proposition de stage en art-thérapie à la maison de retraite Monconseil, un projet a été fourni avec le soutien de la psychologue Mlle Patricia FLAMENT. Ayant fixé les objectifs généraux de l'art-thérapie, un thème a été choisi pour l'atelier portant sur «PRINTEMPS», ceci afin de mieux organiser le déroulement de l'atelier en groupe, et pour donner une piste aux participants et permettre d'exploiter et de personnaliser leurs intentions artistiques dans un thème commun. L'idée du thème du «PRINTEMPS», comme un repère dans le temps, devait impliquer les personnes âgées dépendantes et en institution dans le temps actuel où le printemps est le moment du renouveau de la nature, où tous les êtres redeviennent dynamiques. Ce thème pouvait permettre aux personnes âgées d'intégrer dans la dynamique du temps, leurs souvenirs, leur imagination, leurs réflexions, etc... et pouvait être une stimulation primaire pour tous les participants de l'atelier d'art-thérapie.

La psychologue Laurence CHEVALIER-SORET, responsable du stage, s'est intéressée au projet et a accepté sa réalisation. Elle a proposé de l'élaborer conjointement avec deux stagiaires psychologues. Une rencontre entre la stagiaire d'art-thérapeute et les deux stagiaires psychologues a eu lieu pour présenter l'art-thérapie et le projet et afin de planifier le protocole de l'atelier.

Après trois jours d'observation, la stagiaire art-thérapeute a commencé à planifier un protocole d'atelier d'art-thérapie pour élaborer et définir l'exécution du projet avec les deux stagiaires psychologues: le lieu, le nombre et les dates des séances prévues, le déroulement de chaque séance, les fonctions et rôles des membres de l'équipe, etc... Dès la fin de la rédaction du protocole, la stagiaire art-thérapeute et un stagiaire psychologue l'ont présenté au cadre de santé pour obtenir son

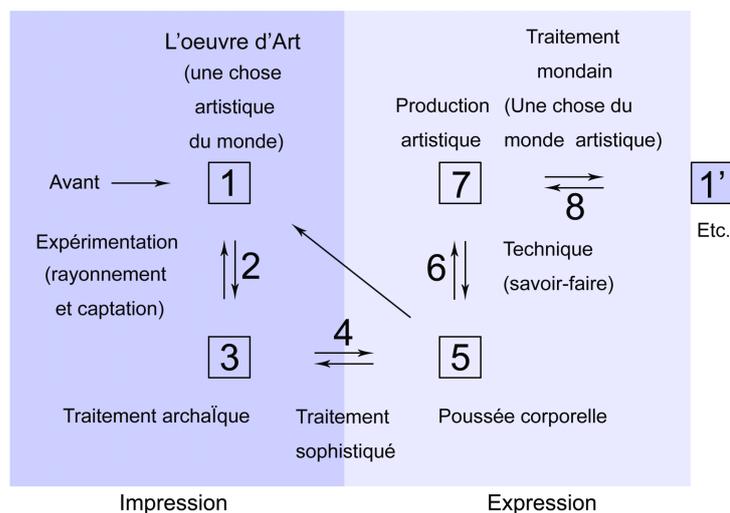
accord de mise en place de l'atelier d'art-thérapie dans l'établissement.

De plus, une autre proposition de la psychologue appelée «RENCONTRES COMPLEMENTAIRES», a rejoint le projet d'art-thérapie. L'équipe soignante, par le biais de rencontres individuelles, devait recueillir les récits des personnes âgées de l'établissement Monconseil, afin d'illustrer l'exposition finale de l'atelier, l'objectif étant de favoriser la communication et d'ouvrir le dialogue entre les résidents et l'équipe soignante par le biais d'un échange. De plus, il s'agissait d'exposer ces récits aux côtés des productions des résidentes de l'atelier d'art-thérapie, l'idée étant d'utiliser l'effet relationnel de l'exposition en vue de pouvoir impliquer les autres résidents dans le projet au thème du «PRINTEMPS», afin d'établir et dynamiser un lien social entre tous les résidents de l'établissement.

2. Une présentation globale de l'art-thérapie et la mise en place de l'atelier permet d'informer toute l'équipe de l'établissement, et d'intégrer la nouvelle discipline dans l'ensemble du processus de soins.

2.1 Les réunions de l'équipe d'atelier permettent à la stagiaire art-thérapeute de présenter l'art-thérapie et les outils spéciaux afin que les autres membres de l'équipe puissent connaître et adapter la méthode de prise en charge art-thérapeutique.

L'équipe de l'atelier d'art-thérapie comportait trois stagiaires: une stagiaire art-thérapeute et deux stagiaires psychologues, encadrés par le superviseur de projet: la psychologue de l'établissement. Pour la mise en place de l'atelier et la méthode de prise en charge, la stagiaire art-thérapeute a effectué une présentation générale sur l'art-thérapie lors de la réunion du groupe, et les autres stagiaires ont pu avoir une connaissance essentielle de cette nouvelle discipline. La partie la plus importante de la présentation concernait les approches méthodologiques et les outils spéciaux de l'art-thérapie:



*Schéma de l'opération artistique extrait de «Tout savoir sur l'art-thérapie» de Richard Forestier**

L'opération artistique est un modèle théorique consistant à diviser le processus de l'activité artistique en 8 phases. C'est un outil permettant à l'art-thérapeute d'observer en détail l'activité artistique pour contrôler et orienter le déroulement de la séance, afin d'aider le patient à atteindre l'objectif thérapeutique fixé. D'ailleurs, l'opération artistique peut être utilisée avec d'autres schémas en

art-thérapie pour la précision et la détermination du travail thérapeutique:

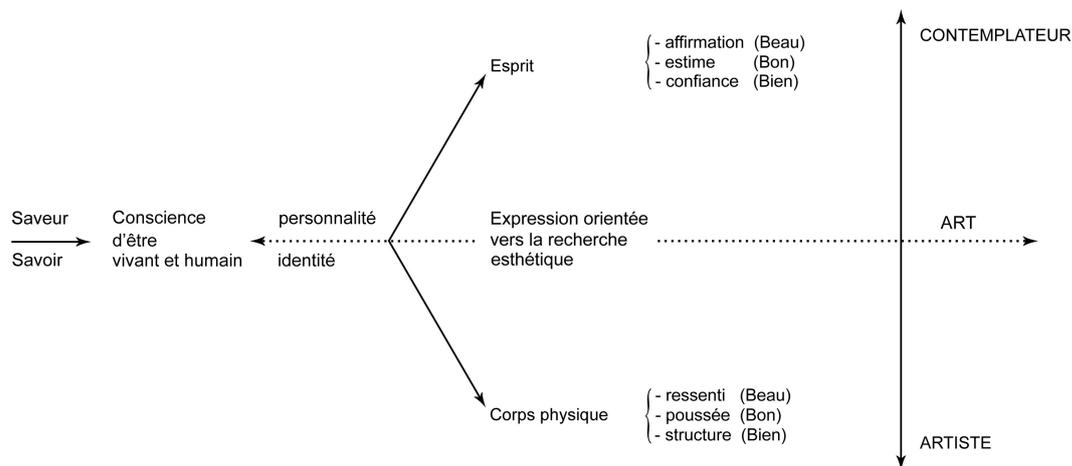


Schéma récapitulatif de l'exploitation sanitaire de l'activité artistique extrait de «*Tout savoir sur l'art-thérapie*» de Richard Forestier*

DYNAMIQUE	L'être humain vers l'artiste	OBJECTIFS	Chercher et trouver l'équilibre et l'harmonie	entre les rapports :	SAVOIR ↔ BONNE SANTE	SAVEUR ↔ BIEN-ÊTRE	INDEPENDANCE ↔ AUTONOMIE	= 1 (état positif maximum)
	L'expression vers l'Art							
	L'intention vers les arts plastiques							
	Les arts plastiques vers la bonne santé							

Détermination artistique	Approche méthodologique	Manifestation esthétique	Phénomène artistique	OPERATION ARTISTIQUE	Manifestation humaine	Approche méthodologique		Détermination humaine
						Esprit	Corps physique	
oeuvre	fond / forme	beau	production		goût	affirmation de soi	ressenti corporel	sympathie
activité	dominante / phénomènes associés	bien	action		style	confiance en soi	structure corporelle	espoir
artiste	Art I / Art II	bon	intention	engagement	estime de soi	poussée corporelle	fierté	

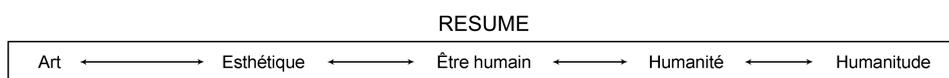


Tableau synthétique extrait de «*Tout savoir sur la musicothérapie*» de Richard Forestier*

Ces deux schémas récapitulatifs et synthétiques peuvent approvisionner un panorama pour l'art-thérapeute, ils éclairent et indiquent les rapports des éléments entre l'Art, l'être humain et la santé. Cela permet à l'art-thérapeute de faciliter les exploitations sur les objectifs généraux et intermédiaires et le travail thérapeutique etc.

2.2 Dans la réunion de transmission où l'équipe de soin se réunit afin de transmettre les informations sur les résidents, la stagiaire art-thérapeute a présenté l'art-thérapie et le protocole d'atelier à son équipe.

* Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

* Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009.

* Richard Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Lausanne, Favre, 2011.

L'art-thérapie, en tant que nouvelle discipline, ne se généralise pas encore dans le lieu médical, paramédical ou sanitaire et social en France. Une présentation a donc été nécessaire auprès des différents professionnels de l'établissement, pour la mise en place de l'atelier, afin qu'ils puissent avoir une connaissance essentielle, et que la stagiaire art-thérapeute puisse instaurer son pôle dans l'ensemble de l'équipe. Après avoir obtenu la permission du cadre de santé sur la mise en place de l'atelier, une présentation a été faite lors de la réunion de transmission où l'ensemble de l'équipe est présente pour transmettre les informations de la journée des résidents et le remplacement entre les équipes de matin et du soir. Pendant la réunion de transmission, le protocole de l'atelier d'art-thérapie et la liste des participantes ont été distribués pour organiser l'accompagnement des patients à l'atelier, et les aides-soignants ont été invités à être présents lors d'une séance, afin de découvrir l'art-thérapie et d'accompagner les résidents. L'équipe de cuisine a été particulièrement informée de la mise en place de l'atelier d'art-thérapie afin de préparer un goûter pour la fin des séances.

3. Un protocole a été défini par la stagiaire art-thérapeute en tenant compte des avis et conseils des autres membres de l'équipe d'atelier, afin de fixer l'objectif thérapeutique général du groupe et d'établir un cadre thérapeutique.

Cet atelier d'art-thérapie consiste en un travail collectif comprenant la stagiaire art-thérapeute et deux stagiaires psychologues. Les deux professions étant différentes et travaillant ensemble, un protocole de l'atelier d'art-thérapie était rendu nécessaire pour une bonne collaboration entre ces deux professions. Il s'agissait d'abord de fixer les objectifs thérapeutiques de l'atelier. Ils ont été proposés par l'art-thérapeute selon son projet, et décidés avec les conseils des membres de l'équipe:

* Entretien ou améliorer les capacités restant en sommeil, travailler sur la stimulation des facultés préservées:

- relation et communication avec les autres membres du groupe,
- expression verbale, non verbale, émotionnelle,
- créativité, réflexion sur un thème,

* Favoriser l'expression:

- aider l'expression émotionnelle à travers l'expression artistique,

* Restaurer l'estime de soi:

- avantager l'engagement dans l'élan corporel (motricité),

* La reconnaissance d'identité (objectif proposé par les stagiaires psychologues):

- saisir les différentes activités dans un "cahier de vie" qui sera mis à disposition de chacun à la fin du projet
- valoriser le travail effectué au cours de l'atelier par une exposition finale,

* Bien-être:

- améliorer la qualité existentielle de la personne.

Les rôles et la fonction de l'équipe d'atelier sont également une condition importante pour une bonne collaboration de l'équipe d'atelier d'art-thérapie. Il s'agit de mettre en place un cadre thérapeutique pour l'organisation du travail collectif dans l'atelier d'art-thérapie entre deux ou plusieurs professions:

➤ **Art-thérapeute:** fixer l'objectif thérapeutique général et intermédiaire des individus ; programmer la stratégie thérapeutique et le contenu de l'activité artistique des individus ; observer les patients, analyser les séances et établir les bilans d'évaluations,

➤ **Psychologues**: co-thérapeutes pendant le déroulement de l'atelier par l'observation, la discussion, le recueil des ressentis individuels etc...

➤ **Soignants**: collaborateurs, accompagnants durant l'atelier pour la découverte de l'art-thérapie et du déroulement de l'atelier.

Les deux stagiaires psychologues étaient des membres permanents de l'équipe de l'atelier. Les aides-soignantes étaient intermittentes dans leur présence dans l'atelier, une par une. Parfois, certains autres stagiaires comme une animatrice ou une infirmière, assistaient à une séance d'art-thérapie, et leur rôle était identique à celui des aides-soignantes. A propos de l'observation lors de la prise en charge des résidentes, deux types de fiches d'observation étaient utilisés. Ainsi, l'observation de la stagiaire art-thérapeute était complétée par celle des stagiaires psychologues et présentait une autre approche des patients. Par ailleurs, une réunion entre les membres de l'équipe de l'atelier était organisée chaque semaine, le mardi matin, afin d'analyser les séances passées, d'échanger les avis et de proposer des conseils pour que la stagiaire art-thérapeute puisse programmer la prochaine séance et atteindre ses objectifs thérapeutiques.

4. Sur l'avis de la psychologue et la proposition de l'équipe soignante, six résidentes atteintes de troubles de la désorientation ont été regroupées en vue de suivre 12 séances prévues.

Au moment de dresser le protocole de l'atelier, la stagiaire art-thérapeute a proposé à la psychologue un nombre de prises en charge pour son atelier. Pour assurer une qualité d'observation et de prise en charge individuelle en groupe, et pour mieux atteindre les objectifs thérapeutiques, le nombre de participants proposé a été de six personnes maximum. La psychologue a accepté cette proposition. Après avoir recueilli divers renseignements auprès des aides-soignantes de chaque étage, elle a aidé la stagiaire art-thérapeute à choisir les participants. Ainsi, six résidentes atteintes de troubles de désorientation furent sélectionnées pour l'atelier d'art-thérapie, deux pour chaque étage, en égard à leur sensibilité sur l'Art, leurs facultés de prise en charge individuelle en groupe, leur état de santé, les symptômes pathologiques de chacune, leurs pénalités ou leurs facultés résiduelles, etc...

Mme A.. et Mme B.. sont deux résidentes du deuxième étage. Mme A.. est atteinte d'une détérioration cognitive globale, et Mme B.. est atteinte de démence à corps de Lewy. Pour le premier étage, Mme C.. est atteinte de la Maladie d'Alzheimer à évolution très rapide. Mme D.. est affectée d'un syndrome anxio-dépressif. Mme E.. et Mme F.. sont deux résidentes de l'unité Alzheimer, Mme E.. était une enseignante d'arts plastiques dans un collège. Mme F.. est atteinte de la maladie Alzheimer associée à un état anxieux et dépressif.

Dans le protocole de l'atelier d'art-thérapie, 12 séances ont été prévues, et d'une durée chacune d' 1 heure. Le déroulement de la séance était divisé en 4 temps:

- 1. accueil: sur fond musical apaisant, présentation personnelle, rappel du cadre et annonce du déroulement de la séance,
- 2. présentation et découverte des supports, des projets: les matériaux artistiques ou les techniques utilisées,
- 3. pratique artistique sur une ambiance sonore rappelant le thème de la séance
- 4. fin de séance: fermeture progressive, conclusion avec discussion sur la séance, temps convivial accompagné d'une collation.

Dans la première séance, une stratégie thérapeutique est utilisée pour toutes les résidentes. Il s'agit de stimulation sensorielle en **Art I** (cf. Schéma p.24) par les captations visuelles et tactiles. Après

l'arrivée des six résidentes accompagnées par les aide-soignantes et les deux stagiaires psychologues, une présentation est faite au début de la séance pour expliquer l'art-thérapie et le déroulement de l'atelier par la stagiaire art-thérapeute. Suivait une proposition d'essai sur les différents matériaux et supports pour la stimulation sensorielle en **Art I**, permettant une observation de base de chaque résidente. Après la première séance, les pénalités, les capacités résiduelles et les personnalités des résidentes ont commencé à se manifester distinctement. Certaines résidentes ont pu montrer précisément leurs intentions artistiques par l'expression verbale, et leurs styles personnels par leur production. Pour les séances suivantes, la stratégie thérapeutique et l'objectif intermédiaire étaient utilisés et fixés selon le site d'action et la cible thérapeutique individuelle. La stagiaire art-thérapeute a utilisé une fiche d'observation pour chaque résidente. Après la dernière séance, une synthèse d'évaluation a été effectuée pour chaque résidente par l'équipe de l'atelier, en s'appuyant sur les bilans d'évaluation art-thérapeutique et les fiches d'observation.

5. Une exposition a été prévue dans le projet d'art-thérapie afin de permettre aux résidents de bénéficier d'un effet relationnel.

Dans le projet d'art-thérapie, une exposition sur les productions artistiques des résidentes a été proposée. Elle concerne la phase 8 dans l'opération artistique. L'exposition finaliserait les prises en charge dans l'atelier, et permettrait aux six résidentes de bénéficier d'un effet relationnel. Si les conditions le permettaient (par exemple, l'acceptation par les résidentes et la quantité des productions artistiques), une exposition aurait lieu après la dernière séance.

Cette proposition a intéressé la psychologue ainsi que la cadre de santé, surtout en ce qui concerne les effets relationnels. Pour que les autres résidents de l'établissement puissent s'intégrer à cette exposition proposée dans le projet d'art-thérapie et bénéficier de cet effet relationnel, la psychologue a proposé d'ouvrir un dialogue entre tous les résidents de l'établissement et l'équipe soignante. Il s'agissait que l'équipe soignante, par le biais de rencontres individuelles, recueille les récits des personnes sur le thème du «printemps», ces récits recueillis accompagneraient alors les productions artistiques comme une partie complémentaire de l'exposition. Ce projet supplémentaire partagerait un même point de départ que l'atelier d'art-thérapie, et se déroulerait en même temps dans la maison de retraite Monconseil, tout en étant exécuté séparément, afin d'avoir une interaction sans perturbation de l'une ou de l'autre activité. Les deux projets se rejoindraient lors de l'exposition prévue du projet d'art-thérapie.

Les résultats obtenus, les quantités de productions réalisées et des récits récupérés, rendaient favorable l'exécution d'une exposition dans l'établissement. L'équipe de l'atelier d'art-thérapie s'est mise à organiser cette exposition dans la salle polyvalente. Il s'agissait d'abord de mettre en cadre les productions artistiques et de mettre en page les récits personnels pour l'accrochage dans le lieu d'exposition. Une discussion eut lieu entre les membres de l'équipe sur l'utilisation de l'espace. De plus, des affiches de l'exposition ont été publiées dans tous les étages de l'établissement afin d'informer et d'inviter tous les résidents, ainsi que leurs familles. Le vernissage était prévu à 15 heures dans la salle polyvalente, heure de l'ouverture de l'exposition, afin de favoriser l'effet relationnel. Il a également été prévu que l'équipe de la cuisine prépare un goûter.

Le jour de l'ouverture de l'exposition, les résidents sont venus accompagnés de l'équipe soignante, en particulier ceux de l'unité Alzheimer. Certains sont venus avec leurs familles. Un mot d'introduction a été prononcé par la psychologue pour présenter l'atelier d'art-thérapie et chaque membre de l'équipe de l'atelier. Les cahiers de vie ont été distribués vers la fin de l'introduction aux six résidentes participantes. Le cahier de vie recueillait aussi les récits des autres résidents sur le

printemps et les photos sur l'atelier d'art-thérapie. Celui-ci peut être une aide extérieure de mémoire ou un repère temporospatial pour ces personnes âgées désorientées. Au moment du vernissage, les résidents ont conversé entre eux, avec leurs familles, l'équipe de l'atelier et les autres personnels de l'établissement.

C. Deux études de cas choisies parmi six résidentes de l'atelier d'art-thérapie ont présenté deux processus d'évaluation très différents.

1. Mme A..

État de base

Les informations de la pathologie présentée par Mme A.. ont été reprises par la psychologue de l'établissement. Mme A.. est affectée de détérioration cognitive globale: désorientation temporospatiale, atteinte de la sphère instrumentale, altération des capacités de raisonnement et d'abstraction et comportement frontal. Sa famille a pris la décision de sa venue dans cet établissement, car elle ne pouvait plus être gérée à son domicile.

Elle souffrait de la perte d'autonomie surtout temporospatiale, en ayant par exemple des difficultés à se déplacer seule, et pouvant facilement se perdre dans les couloirs des étages. Cette pathologie provoquait aussi un état dépressif et anxieux de temps à autre. Mme A.. n'avait pas montré d'intérêt pour participer à l'atelier d'art-thérapie au moment où la psychologue le lui a présenté, et avait même hésité à y aller.

Objectif thérapeutique

- Au niveau du groupe: améliorer les capacités relationnelles: expression, communication, relation;
- Au niveau de l'individu: améliorer la confiance en soi pour renforcer l'estime de soi afin de surmonter l'état dépressif;

Stratégie thérapeutique

Stimuler sur les phases 3 et 5 en **Art I**, en vue d'éveiller les sensations visuelles et tactiles. En observant la technique et la production en phase 6 et 7, trouver son intention ordonnée et spécifique de la phase 4 en **Art II**, et chercher la technique adéquate. Ensuite, travailler sur la phase 6 pour améliorer la technique pour entraîner la motricité fine, et récupérer la confiance en soi. En même temps, préserver et améliorer ses capacités relationnelles en phases 7 et 8 par la discussion de sa production et solliciter son assistance pour l'exposition collective afin de restaurer son estime de soi.

1ère séance

Mme A.. est venue à la première séance accompagnée d'une aide-soignante. La psychologue l'a accueillie, lui a présenté l'art-thérapeute et l'a laissée choisir une place dans l'atelier. La patiente a choisi la place la plus au fond de la salle, gardant une certaine distance avec les autres patientes. Elle souhaitait une place tranquille. En attendant l'arrivée des autres patientes, Mme A.. a entamé une discussion avec la stagiaire psychologue.

Pendant la présentation de l'atelier sur le thème du printemps, Mme A.. écoutait et regardait attentivement. Après avoir reçu les divers matériels pour l'activité artistique, la patiente a choisi la couleur verte. La psychologue l'a aidée à mettre la peinture sur la palette. La peinture de Mme A.. rappelait le style impressionniste. Elle peignait en pointillés, et restait concentrée pendant que l'équipe s'occupait des autres patientes. Son regard était attentif sur ce qu'elle était en train de

produire, elle essayait de créer une image plus précise. La patiente avait bien avancé sa production lorsque l'art-thérapeute l'a rejointe. Sur un quart de sa feuille, la patiente avait appliqué des touches vertes, s'apparentant soit à un arbre, soit à des touffes d'herbe. L'art-thérapeute lui a proposé de varier en différents tons la couleur verte pour enrichir son tableau, par exemple rajouter du jaune pour éclaircir certains touffes, mettre un peu de noir pour foncer le vert.. Mme A.. écoutait attentivement et suivait du regard la démonstration de l'art-thérapeute. Ensuite, la patiente a par elle-même testé les différentes variations de vert sur sa feuille.

En fin de séance, l'art-thérapeute a observé l'évolution de la production de Mme A., qui avait peint des touches vert foncé sur une autre partie de la feuille. Elle avait de plus rajouté des touches rouges dans la première partie de son tableau. La psychologue a souligné que Mme A.. avait l'intention de reproduire un champ de coquelicots. La stagiaire art-thérapeute et la patiente ont feuilleté ensemble un livre sur le peintre BONNARD. La patiente a beaucoup apprécié les tableaux de paysages. La stagiaire art-thérapeute lui a proposé de choisir le tableau qu'elle préférerait, afin d'essayer de le reproduire lors de la prochaine séance. Mme A.. a approuvé avec plaisir tout en demandant si cela ne serait pas trop difficile à faire. La stagiaire art-thérapeute l'a rassurée et lui a dit qu'elle prendrait le temps de le réaliser. L'un des tableaux du livre représentant une plage lui a rappelé son passé, et, tout en goûtant, elle s'est mise à raconter les journées qu'elle passait avec sa famille sur la plage.

Mme A.. a accepté l'invitation pour la séance suivante avec plaisir et a exprimé son sentiment d'avoir passé un très bon moment. Elle a salué sa voisine, Mme E., qui lui a rendu son salut. Puis elle a quitté l'atelier.

2e séance

Mme A.. a été accueillie par la stagiaire art-thérapeute et l'a saluée avec un grand sourire. En cherchant une place, elle a salué deux autres participantes et s'est installée en milieu de rang. En attendant la venue de la stagiaire art-thérapeute, Mme A.. a patiemment discuté avec les autres membres. La stagiaire art-thérapeute a rappelé le projet artistique qui avait été choisi lors de la précédente séance et lui a remis sa première production et le livre des oeuvres de BONNARD afin qu'elle choisisse le tableau qu'elle souhaitait reproduire.

Le stagiaire psychologue s'est présenté et a discuté avec Mme A.. pendant que la stagiaire art-thérapeute s'occupait d'autres patients. A son retour, la patiente avait choisi un tableau représentant un paysage. La stagiaire art-thérapeute a tracé un brouillon au crayon de bois en détaillant la composition du tableau et en précisant les couleurs à utiliser. La stagiaire art-thérapeute a préparé la palette de peinture et l'a donnée à Mme A... La patiente a bien suivi les consignes et a commencé à peindre. La stagiaire art-thérapeute l'a laissée poursuivre sa production seule.

Mme A.. s'est concentrée sur le modèle du peintre et s'est efforcée de reproduire les couleurs aux bons endroits. A chaque retour de la stagiaire art-thérapeute, sa production avait progressé, et Mme A.. appliquait les conseils qui lui étaient donnés.

En fin de séance, la stagiaire art-thérapeute a félicité la patiente pour les progrès de sa production, et lui a proposé de continuer et d'améliorer sa technique lors de la prochaine séance. Pendant le goûter, Mme A.. a participé à la discussion en groupe. Puis elle a pris son invitation, et a salué toute l'équipe. La stagiaire art-thérapeute lui a demandé si une aide-soignante l'accompagnait à sa chambre mais Mme A.. a répondu qu'elle se sentait capable d'y retourner seule. En raccompagnant deux autres participantes, le stagiaire psychologue et la stagiaire art-thérapeute ont rencontré Mme A.. dans le couloir, déclarant s'être perdue.. La stagiaire psychologue lui a proposé de la raccompagner en même temps que sa patiente qui logeait au même étage. Mme A.. a accepté et toutes les trois ont pris l'ascenseur en discutant .

4e séance

Mme A.. est arrivée en parlant de la possibilité d'une visite de sa famille. Elle craignait qu'en participant à l'atelier, elle ne pourrait pas les voir. L'équipe l'a rassurée, en lui disant que quelqu'un viendrait la chercher si sa famille venait.

Elle s'est installée à une place donnée, et après avoir reçu le matériel et sa peinture, la patiente a écouté les consignes de la stagiaire art-thérapeute, qui lui a déposé différentes couleurs sur sa palette.

Mme A.. a alors entrepris de poursuivre sa production.

La patiente est restée concentrée sur sa peinture tout comme lors des séances précédentes. De temps à autre, elle discutait du choix des couleurs avec la stagiaire art-thérapeute ou la stagiaire psychologue. A chaque passage de la stagiaire art-thérapeute, sa production avait avancé. Cette fois-ci, elle avait choisi les couleurs bleu et brun, afin de peindre plusieurs éléments du tableau, par exemple le ciel, les troncs d'arbres et l'ombre des arbres...

En fin de séance, sa voisine de table, Mme C.. est passée à sa hauteur, et Mme A.. lui a pris la main, craignant qu'elle ne tombe. Dès que Mme C.. a été ramenée à sa place, la patiente a repris sa peinture.

Au moment du goûter, la stagiaire art-thérapeute lui a parlé de la future exposition des productions de l'atelier. Mme A.. a accepté d'exposer son tableau.

La patiente a demandé son invitation pour la prochaine séance, et est partie avec, accompagnée d'un membre de l'équipe.

5e séance

Mme A.. est arrivée en saluant l'équipe, et a été installée par la stagiaire art-thérapeute à côté de Mme D... En attendant de recevoir ses matériaux, Mme A.. est allée vers Mme D.. pour la saluer et l'embrasser.

Pendant que la stagiaire art-thérapeute s'occupait d'autres patientes, la stagiaire psychologue lui a présenté sa peinture inachevée et le livre sur le peintre BONNARD. En discutant sur sa peinture, la psychologue a recherché dans le livre, avec Mme A., l'image d'origine.

À son retour, la stagiaire art-thérapeute a déposé les peintures à utiliser sur une palette, en discutant des différentes techniques avec Mme A...

Après tout cela, Mme A.. s'est mis à poursuivre sa production. Durant la séance, elle est restée concentrée sur son activité artistique, et sa production a bien avancé. De temps en temps, elle discutait ou demandait l'avis de la stagiaire art-thérapeute. Comme il lui restait quelques parties vides sur son tableau, la stagiaire lui a proposé de le finir lors de la prochaine séance, en lui demandant de prendre un goûter.

Pendant le goûter, Mme A.. a persuadé la stagiaire art-thérapeute qu'elle pouvait retourner seule dans sa chambre. La stagiaire art-thérapeute l'a encouragée à attendre le retour de la stagiaire psychologue, mais Mme A., s'est mise à discuter avec Mme D.. sur leurs situations réciproques, puis l'a invitée à rentrer ensemble. La stagiaire psychologue est arrivée à ce moment-là et à ramené Mme A.. dans sa chambre.

6e séance

Mme A.. est arrivée accompagnée d'une aide-soignante, qui a demandé à quelle heure finissait l'atelier, la patiente ayant un rendez vous avec une coiffeuse.

Mme A.. a salué Mme D.. en l'embrassant puis s'est installée à côté d'elle. La stagiaire art-thérapeute lui a proposé tous les matériaux et son tableau inachevé, en lui mettant les couleurs qu'elle pourra utiliser sur une palette. Elle lui a rappelé de travailler sur les parties vides de son tableau, puis l'a laissée réaliser sa production seule.

Mme A.. est restée à nouveau très concentrée sur son travail, discutant avec les différents membres de l'équipe lorsqu'ils passaient la voir, sur l'avancement de sa peinture. Mme A.. a répondu joyeusement à un certain moment au coucou d'une autre patiente, Mme B..

En fin de séance, Mme A.. avait terminé entièrement son tableau, et au moment du goûter, la stagiaire art-thérapeute lui a fait admirer sa peinture de loin. La patiente a discuté avec elle de son tableau, tout en le montrant à ses voisines. Mme A.. a ensuite demandé ce qu'elle ferait lors de la prochaine séance. La stagiaire art-thérapeute lui a proposé du modelage, et Mme A.. a accepté avec joie. La patiente a poursuivi sa discussion avec ses voisines puis est partie accompagnée d'une aide soignante, et de Mme B., et toutes deux ont plaisanté ensemble.

Lorsque la stagiaire psychologue est passée devant le salon de coiffure, Mme A.. était en train de raconter sa séance dans l'atelier à la coiffeuse.

7e séance

Mme A.. est arrivée en second dans l'atelier. Elle a aperçu Mme D.. et est allée la saluer et l'embrasser. La stagiaire art-thérapeute lui a proposé une place pour commencer le modelage. Pendant la préparation des matériaux, la patiente a demandé où étaient les autres participants. La stagiaire art-thérapeute lui a expliqué que les autres membres allaient arriver sous peu.

La stagiaire art-thérapeute a posé les différents matériaux devant Mme A.. et a procédé à une démonstration de techniques de modelage pour obtenir un vase en final. La patiente s'est inquiétée de manquer une éventuelle visite de sa famille, la stagiaire psychologue l'a rassurée en lui disant que si cela arrivait, une aide-soignante viendrait l'avertir dans l'atelier.

En observant la stagiaire art-thérapeute faire sa démonstration, Mme A.. a voulu essayer par elle-même de travailler l'argile, et a commencé à malaxer la terre. Après leur arrivée et leur installation, Mme A.. s'est mise à discuter et à plaisanter avec Mme B.. et Mme F., tout en poursuivant sa production. Parfois, la stagiaire art-thérapeute intervenait pour aider la patiente dans son activité, particulièrement pour assembler les boudins d'argile.

Par moments, Mme A.. disait que le rire de Mme F.. avec la stagiaire psychologue la dérangeait. Après son départ, Mme A.. a exprimé sa satisfaction d'avoir "enfin du silence". Elle a poursuivi sa production avec attention.

En fin de séance, l'heure du goûter est arrivée. Mme A.. a pris son goûter avec tout le monde, puis s'est mise à discuter avec Mme B.. Au moment de partir avec la stagiaire psychologue, Mme B.. a souhaité partir avec eux. Mme A.. a accepté et a attendu qu'elle soit prête.

9e séance

Mme A.. ayant rendez-vous avec la coiffeuse cet après-midi-là, la patiente s'est trouvée libérée à l'heure de la fin de l'atelier. L'équipe a alors souhaité l'inviter à l'atelier pour participer à une discussion et un goûter en groupe.

Dès son arrivée en compagnie de la stagiaire psychologue, la patiente est allée spontanément saluer chaque membre de l'atelier, puis s'est installée à côté de Mme B.. Toutes les deux ont conversé ensemble tout en admirant les productions proposées par la stagiaire art-thérapeute.

Mme A.. a poursuivi ses discussions avec Mme B.. et de temps en temps le groupe durant une vingtaine de minutes. Puis elle est partie avec Mme B.. et la stagiaire psychologue.

10e séance

Mme A.. est arrivée accompagnée du stagiaire psychologue, et elle a d'abord salué l'équipe de l'atelier avec le sourire. Avant d'être installée à sa place, elle a embrassé Mme D.. et Mme B.. La

stagiaire art-thérapeute a présenté une nouvelle technique, la peinture sur porcelaine, à Mme A.. et à deux autres résidentes. Avant de préparer les peintures sur porcelaine, elle a proposé des images de fleurs à Mme A.. pour en choisir une à peindre.

Après le retour de l'art-thérapeute, Mme A.. a encore hésité entre les images proposées, et a dit qu'elles étaient toutes belles, elle n'arrivait pas à choisir un modèle. La stagiaire art-thérapeute lui a demandé de sélectionner ce qui lui plaisait beaucoup, et elle a choisi deux images: des fleurs violettes et des fleurs blanches. Après avoir discuté sur les techniques et les caractéristiques de matériaux et d'images, Mme A.. a choisi l'image représentant des fleurs violettes. En expliquant la façon d'utiliser ces peintures spéciales, la stagiaire art-thérapeute lui a préparé et fait une démonstration sur une petite assiette carrée en porcelaine. Mme A.. a écouté et regardé attentivement. La stagiaire art-thérapeute a passé le pinceau à Mme A.. et l'a laissée produire.

Après avoir pris le pinceau, Mme A.. a soigneusement peint le premier trait sur la petite assiette en porcelaine, et elle a regardé l'image originale pour comparer ce qu'elle a peint. Au fil du temps, elle a augmenté sa vitesse après s'être bien adaptée à cette nouvelle technique. A chaque retour de la stagiaire art-thérapeute, sa production était bien avancée, et la stagiaire art-thérapeute lui a proposé d'ajouter des peintures et de les mélanger pour enrichir les couleurs de l'image peinte. En acceptant les conseils, Mme A.. s'est bien concentrée pour réaliser sa production artistique durant la séance.

Durant la séance, Mme A.. a beaucoup apprécié les critiques positives de l'équipe et des autres résidentes, pendant et après son activité artistique. Lorsque la stagiaire art-thérapeute lui a demandé est-ce si elle a trouvé sa production belle, elle a dit: "je ne sais pas!". Mais, elle a manifesté sa volonté d'exposer sa production aux autres personnes de l'atelier, après la demande de la stagiaire art-thérapeute. Les félicitations et l'encouragement des autres personnes l'ont beaucoup rassurée, puis elle a regardé sa production en disant: "c'est vrai, elle est belle!" avec un grand sourire.

Pendant le goûter, elle était très dynamique dans la discussion de groupe, en faisant preuve d'humour. Elle est ensuite partie avec Mme B., accompagnées de la stagiaire psychologue.

12^e séance

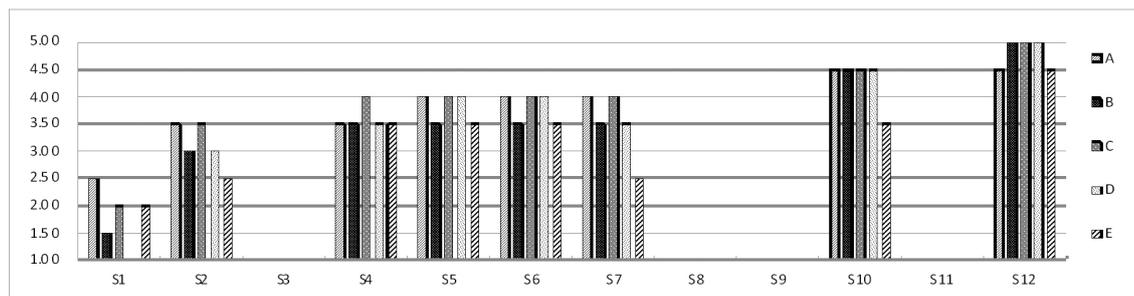
Mme A.. est arrivée avec Mme B.. accompagnées de la stagiaire psychologue. En saluant ces deux résidentes, la stagiaire art-thérapeute a accueilli et amené Mme A.. à sa place. La stagiaire art-thérapeute lui a montré ce qu'elle avait fait dans la dernière séance, et lui a demandé de faire une nouvelle peinture avec la porcelaine. Elle a accepté, et la stagiaire art-thérapeute lui a proposé cinq images de fleurs à choisir.

Quand elle est revenue la voir, la stagiaire art-thérapeute lui a demandé quelle image avait été choisie.

Cette fois, elle n'a pas hésité, en disant: "j'aime bien ces fleurs rouges. Allez, Je vais peindre ces fleurs rouges!". Après la préparation des matériaux par la stagiaire art-thérapeute, elle a pris l'initiative de commencer à réaliser sa production. Durant toute la séance, Mme A.. s'est concentrée sur sa production, de temps à autre elle a comparé l'image originale et l'image peinte. A chaque retour de la stagiaire art-thérapeute, sa production avait bien avancé, et s'améliorait dans le détail des fleurs et la composition des éléments, comme l'entrelacement des feuilles et des fleurs. Elle souriait aux compliments de l'équipe. Une fois sa production finie, elle l'a montrée à la stagiaire art-thérapeute, en lui disant: "c'est beau!".

Au moment de goûter, elle a pris l'initiative de plaisanter avec Mme B... Mme A.. a aussi raconté ses expériences sur la peinture de la poule pour la publicité des oeufs à vendre, quand elle était jeune. Elle a montré un grand intérêt pour l'exposition de l'atelier dans une semaine.

Faisceaux d'items: Intention



A regard

5 rayonnant 4 déterminant 3 présent 2 indifférent / errant 1 absent

B expression verbale sur intention artistique

5 spontanée 4 dynamique 3 encouragée 2 sollicitée 1 passif / sans

C qualité expression verbale sur intention artistique

5 élaborée 4 claire 3 cohérente 2 compréhensible 1 troublée

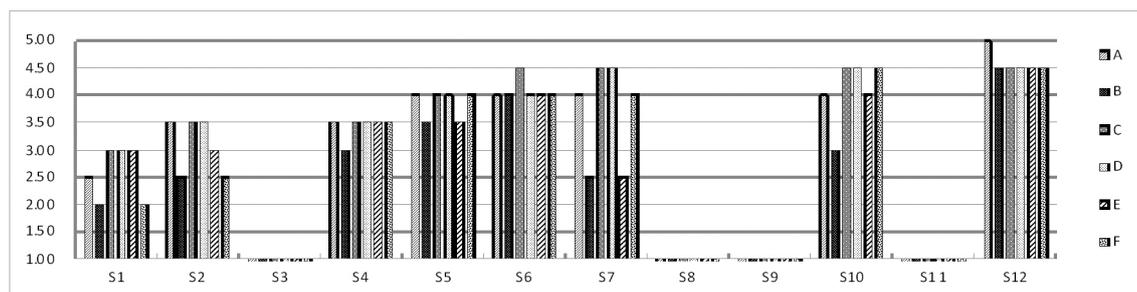
D le choix du sujet

5 idée personnelle 4 guide de l'a-te 3 proposition de l'a-te 2 l'aide de l'a-te 1 décision de l'a-te / sans

E le choix des couleurs et des matériaux

5 initiative 4 guide de l'a-te 3 conseil de l'a-te 2 proposition de l'a-te 1 passif / sans

Faisceaux d'items: Action



A poussée corporelle

5 initiative 4 encouragée 3 l'aide de l'a-te 2 l'accompagnement physique 1 sans

B pratique artistique

5 autonome 4 encouragée et sollicitée 3 besoin d'aide 2 attente d'aide 1 sans

C concentration

5 très bonne 4 bonne 3 moyenne 2 faible 1 perturbée

D durée de concentration

5 entière 4 4/5 séance 3 1/2 séance 2 très peu 1 absente

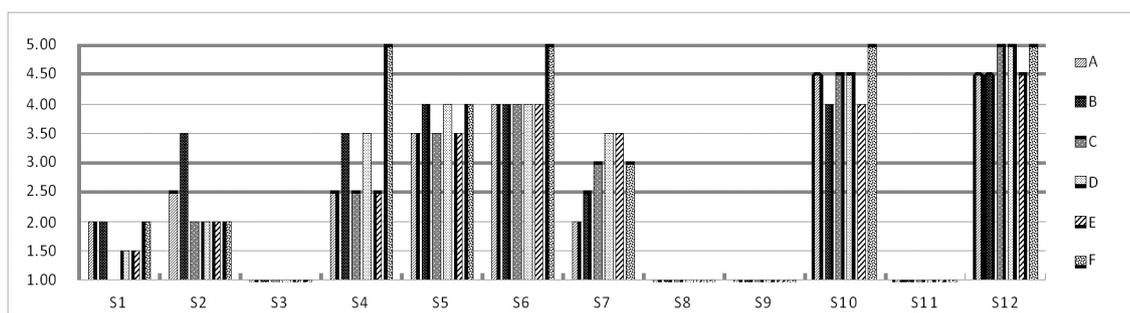
E dextérité

5 très fine 4 fine 3 moyenne 2 maladroite 1 grossière

F discussion sur technique avec l'a-te

5 initiative 4 dynamique 3 simple 2 très peu de mots 1 sans répondre

Faisceaux d'items: Production



A fond / forme

5 sophistiqués 4 recherchés 3 cohérents 2 peu cohérents 1 incohérents

B techniques

5 sophistiquées 4 travaillées 3 simple 2 informe 1 grossières

C intérêt sur production: regard, touché, discussion, critique

5 énorme 4 beaucoup 3 assez 2 peu 1 aucun

D nature de discussion et critique

5 spontanée 4 très dynamiques 3 dynamiques 2 peu passive 1 passive / sans

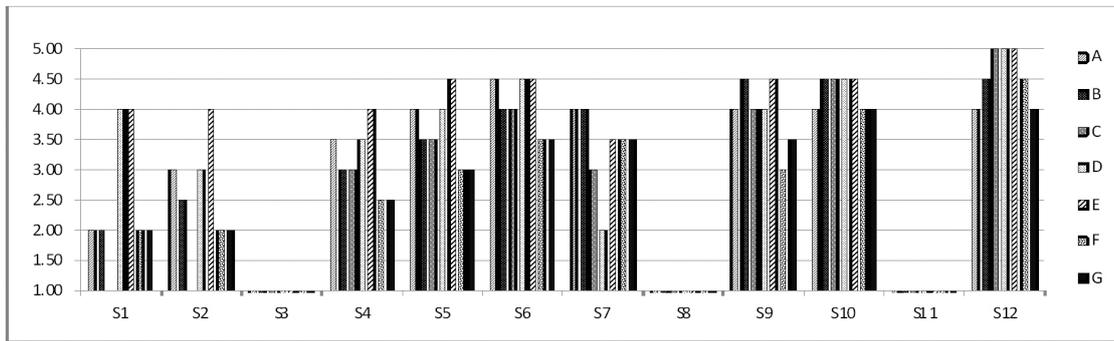
E qualité et quantité de discussion et critique

5 sophistiquées 4 recherchées 3 cohérentes 2 simple 1 aucuns réponse et avis

F traitement

5 emporté / exposé / offeret 4 confiée à l'a-te 3 demande à l'a-te 2 laissé 1 jeté / détruit / sans

Faisceaux d'items: Expression



Expression verbale durant de la séance

A quantité

5 nombreuse 4 fréquente 3 peu 2 rare 1 sans

B qualité

5 élaborée 4 recherchée 3 claire 2 compréhensible 1 troublée

C expression du plaisir esthétique

5 plaisir rayonnant 4 plaisir 3 peu 2 déplaisir 1 indifférence / sans

D expression de satisfaction

5 grande satisfaction 4 satisfaction 3 peu 2 désatisfaction 1 indifférence / sans

Expression non verbale et hors verbale

E expression du visage

5 rayonnante 4 détendue 3 maussade 2 pleurée 1 indifférente

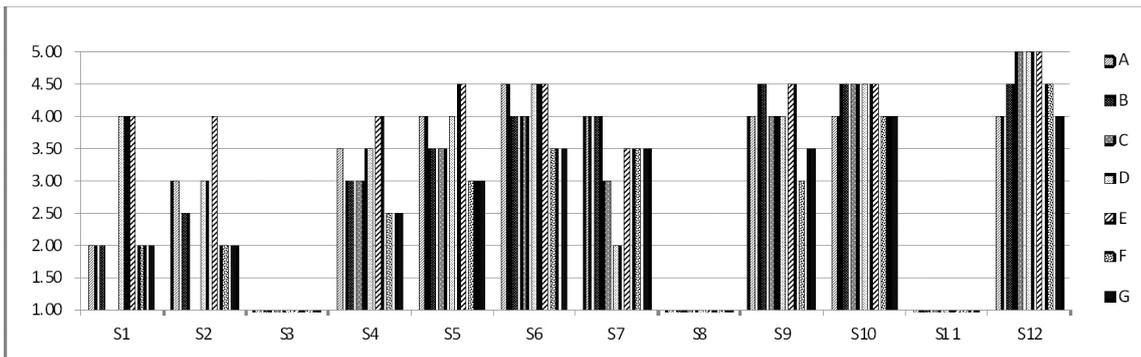
F sourire et rire

5 nombreux 4 fréquent 3 peu 2 rare 1 sans

G expression gestuelle

5 souvent 4 présente 3 peu 2 très peu 1 absente

Faisceaux d'items: Communication



A quantité de discussion avec les autres résidentes

5 nombreuse 4 ponctuelle 3 peu 2 rare 1 sans

B qualité de discussion avec les autres résidentes

5 exubérante 4 affectueuse 3 cordiause 2 polie 1 indifférente

C dynamique de discussion avec les autres résidentes

5 spontané 4 volontair 3 l'aide de l'équipe 2 passif 1 rejeté / aucun

D quantité de discussion avec l'a-te

5 nombreuse 4 ponctuelle 3 peu 2 rare 1 sans

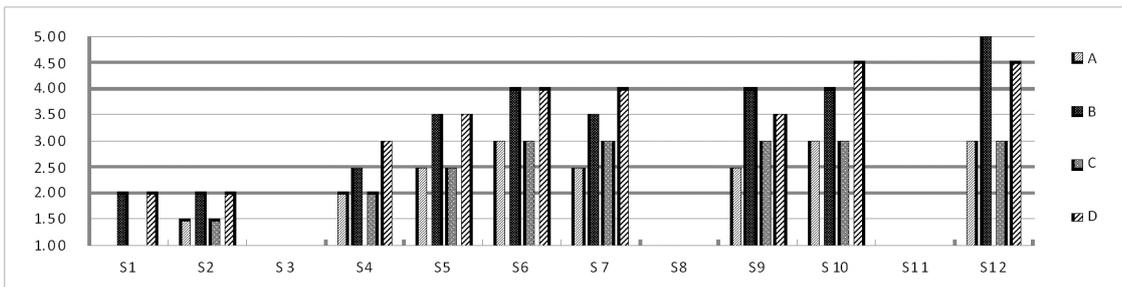
E qualité de discussion avec l'a-te

5 exubérante 4 affectueuse 3 cordiause 2 polie 1 indifférente

F dynamique de discussion avec l'a-te

5 spontané 4 volontair 3 l'aide de l'a-te 2 passif 1 rejeté / aucun

Faisceaux d'items: Relation



A niveau relationnel avec groupe

3 sympathique 2 empathique 1 fusionnelle

B mode relationnelle avec groupe

5 enjouée 4 chaleureuse 3 cordialité 2 polie 1 indifférente

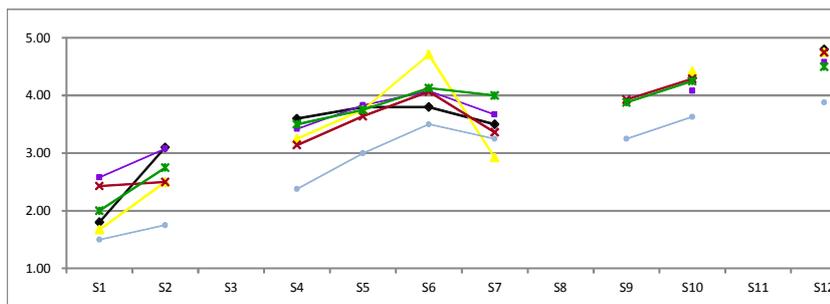
C niveau relationnel avec l'a-te

3 sympathique 2 empathique 1 fusionnelle

D mode relationnelle avec l'a-te

5 enjouée 4 chaleureuse 3 cordialité 2 polie 1 indifférente

Bilan d'évaluation



- A**
- B** A intention / Bon / estime
- c** B action / Bien / confiance
- D** C production / Beau / affirmation
- E** D expression
- F** E communication
- F relation

2. Mme C..

Etat de base

Les informations relatives à la pathologie de Mme C.. ont été reprises par la psychologue de l'établissement. Mme C. est atteinte de la maladie d'Alzheimer, et sa maladie est très évolutive avec perte d'autonomie depuis environ 10 ans avec DTS. Les symptômes manifestés chez Mme C.. sont: troubles mnésiques, confusion, anxiété, dépression, prostration, troubles du langage, déambulation de nuit...

Mme C.. est une nouvelle résidente au sein de la maison de retraite Monconseil. Les symptômes manifestés lors de l'évolution de sa maladie augmentaient sa difficulté d'adaptation dans

l'établissement. Outre la perte d'autonomie, elle souffrait d'anxiété en raison de son changement environnemental. L'anxiété et la dépression agravaient ses troubles du langage. Ses capacités expressives étaient très limitées, surtout les capacités verbales et émotionnelles.

Objectif thérapeutique

-préserver ou améliorer les capacités relationnelles: expression, communication, relation;
-restaurer l'engagement temporo-spatial par stimulation de l'affirmation de soi, afin de diminuer l'anxiété de Mme C.. et de lui permettre de s'adapter au changement environnemental;

Stratégie thérapeutique

Stimuler sur la phase 3, en vue d'éveiller les sensations visuelles et tactiles sur les phases 4 et 5 en **Art I**. En trouvant le site d'action en 4 et 5, retravailler sur la phase 1 pour stimuler son intention en phases 3 et 4, afin de stimuler la poussée corporelle en 5. En même temps, chercher la technique adéquate sur la phase 6 en **Art II**. Par la phase 7, stimuler son affirmation de soi. Travailler sur la phase 8 pour l'encouragement sur la prochaine activité artistique et l'exposition afin de restaurer l'engagement temporo-spatial.

1ère séance

Cette patiente est arrivée accompagnée de son aide-soignante. Son bras gauche est maintenu dans une écharpe. Depuis le début de l'atelier, l'accueil et la présentation de l'équipe, jusqu'à la fin des activités proposées, Mme C.. n'a présenté que de rares expressions verbales, et son intérêt lors de la séance d'art-thérapie n'était pas perceptible. Sur la sollicitation des psychologues, et avec un accompagnement physique, la patiente a réussi à saisir un pastel et à tracer quelques traits sur un papier blanc. Mais quand elle se retrouvait seule, elle restait inactive, regardant seulement de temps en temps une autre patiente qui exprimait son désir de partir.

Pendant la séance, la stagiaire art-thérapeute s'est efforcée de la solliciter, lui montrant quelques essais sur le papier. Mme C.. a tenté de sourire une fois, sans élan corporel. La stagiaire art-thérapeute a poursuivi la discussion sur le thème du printemps, afin de discerner ses centres d'intérêts. La patiente a tenté de s'exprimer par la parole mais n'a pas réussi, et a pu exprimer par une seule grimace son désintérêt pour le projet.

Mme C.. est restée dans l'atelier durant toute la durée de la séance mais n'a pas intégré le groupe de l'atelier. Après avoir pris son goûter, son aide-soignante est venue la chercher et l'a ramenée dans sa chambre.

2e séance

Accompagnée de son aide-soignante, elle a été accueillie par la stagiaire art-thérapeute et l'a embrassée gentiment avec un grand sourire. La stagiaire art-thérapeute l'a aidée à trouver une place et à l'installer. Pendant les explications de la stagiaire art-thérapeute, Mme D.., sa voisine de table, exprimant son désir de partir, Mme C.. a été déconcentrée et ne l'a plus écoutée. Ayant connaissance que Mme C.., dans son passé professionnel, maîtrisait le fusain, la stagiaire art-thérapeute lui a proposé de réaliser des essais avec des fusains. La patiente a refusé et a dit: "non". La stagiaire art-thérapeute a alors rassemblé diverses images pour qu'elle prenne le temps de les regarder.

Un stagiaire en psychologie s'est présenté à elle, et a essayé de créer une discussion avec la patiente.

Mme C.. ne répondait pas beaucoup et s'exprimait très peu.

Une aide-soignante s'est installée entre elle et Mme D.. De temps en temps elle la sollicitait pour réaliser une production, mais Mme C.. est restée inactive. A un moment donné, elle a commencé à

trembler, et à suffoquer. La stagiaire art-thérapeute s'est approchée d'elle pour l'aider à se détendre en lui touchant l'épaule, et la rassurer sur le fait qu'elle n'est pas obligée de dessiner ou peindre. La patiente s'est mise à pleurer, et la stagiaire art-thérapeute lui a expliqué qu'elle pouvait seulement feuilleter des livres ou regarder le travail des autres participants. Mme C.. s'est calmée, s'est levée, a reculé sa chaise, puis s'est rassise, cela plusieurs fois. A la fin de la séance, elle a pris son goûter, puis est partie avec une aide-soignante. La stagiaire art-thérapeute l'a saluée et l'a invitée pour une autre séance, mais la patiente n'a pas répondu malgré l'insistance de l'aide-soignante.

3e séance

En début de séance, Mme C.. était en examen médical à l'extérieur de la maison de retraite. La stagiaire art-thérapeute et la stagiaire psychologue avaient discuté ensemble du déroulement de la dernière séance, notamment du fait que Mme C.. avait été souvent déconcentrée par les plaintes de Mme D... Aussi a-t-il été décidé de les séparer.

La patiente est arrivée accompagnée d'une aide-soignante. Elle est bien coiffée avec deux barrettes dans ses cheveux. Lorsque la stagiaire psychologue l'a accueillie, Mme C.. était souriante et l'a salué verbalement. Pendant que la stagiaire la guidait et l'installait aux côtés de Mme E.., la patiente a exprimé quelques phrases, en articulant bien ses paroles.

Ayant connaissance de la réussite de ses études en école de couture, la stagiaire art-thérapeute lui a apporté certains magazines de couture des années 60. La stagiaire psychologue les lui a posés devant elle et lui a proposé de les regarder. Après son départ, Mme C.. a commencé à feuilleter les magazines avec un regard attentif. Comme les pages des magazines étaient jaunies et très fragiles, elle a utilisé ses deux mains pour séparer soigneusement les feuilles collées ensemble. Pendant qu'elle regardait les images, la stagiaire art-thérapeute a mis, discrètement, une boîte de fusains à côté des magazines. La stagiaire psychologue a constaté qu'elle ouvrait la boîte, regardait et touchait un crayon après l'avoir sorti. Pendant cette séance, Mme C.. est restée concentrée sur les magazines environ 30 minutes.

Vers la fin de la séance, elle s'est levée elle-même et elle a souhaité partir seule. La stagiaire art-thérapeute s'est approchée d'elle, parlant avec elle, pour l'en dissuader. Mme C.. s'est tournée vers elle avec un grand sourire, en la félicitant pour sa jolie coiffure.. Dès qu'elle a voulu à nouveau partir, la stagiaire psychologue l'a appelée, et l'a ramenée à sa place et lui a proposé un goûter. Après cela, elles sont parties ensemble. Au salut de la stagiaire art-thérapeute Mme C.. a répondu verbalement avec un sourire.

4e séance

Avant la séance, la stagiaire art-thérapeute avait préparé quelques esquisses de mode inachevées, qui permettraient de stimuler les sensations de la patiente.

Après son installation dans l'atelier, un psychologue et un stagiaire psychologue se sont relayés aux côtés de Mme C.. en proposant les divers matériaux préparés par la stagiaire art-thérapeute, tels que des revues de mode, des images anciennes, une trousse de fusains. La patiente a feuilleté les différents documents, et a fouillé la trousse, mais n'a eu aucune production.

À son tour, la stagiaire art-thérapeute a stimulé la patiente par la discussion. En lui présentant l'original d'un dessin et sa reproduction partielle tracée sur une feuille, la stagiaire art-thérapeute l'a encouragée à terminer l'esquisse en plaçant un fusain dans sa main. Mme C.. a posé le fusain et a rangé toutes les feuilles ensemble. La stagiaire art-thérapeute a remis une fois tous les matériaux devant elle, en discutant avec la patiente sur l'idée de terminer une partie précise du dessin. Mme C.. a observé attentivement sa démonstration, et a répondu avec des mots simples à ses questions. La

stagiaire art-thérapeute a replacé un fusain dans sa main, la patiente a commencé à tracer quelques traits sur une des esquisses en observant le modèle original. Très rapidement, Mme C.. a posé son fusain et a cessé sa production. La stagiaire art-thérapeute a poursuivi la stimulation mais la patiente n'a pas réagi. La stagiaire art-thérapeute lui a alors proposé de feuilleter les revues.

À un moment où elle était seule, la patiente s'est levée et a commencé à déambuler dans l'atelier, et en passant près de Mme A., celle-ci lui a tenu la main, pour éviter qu'elle ne tombe. Mme C.. a serré la main de Mme A.. en souriant. Les membres de l'équipe l'ont raccompagnée à sa place et lui ont proposé de goûter, pour terminer la séance.

5e séance

Mme C.. est arrivée à l'atelier avec un grand sourire. L'équipe l'a installée à une place, et lui a proposé de réaliser un modelage à partir d'une boule d'argile. La stagiaire psychologue lui a montré les techniques tout en discutant avec la patiente. Mme C.. répondait verbalement à ses questions.

Mme C.. est restée inactive après le départ de la stagiaire psychologue. A un certain moment, elle s'est levée et a commencé à quitter l'atelier. La stagiaire psychologue l'a ramenée à sa place. Mme C.. a alors regardé la démonstration de la stagiaire art-thérapeute pour une autre patiente.

La stagiaire art-thérapeute est venue auprès de Mme C.. et l'a encouragée à entreprendre cette activité. Après avoir humidifié la terre, la stagiaire art-thérapeute a entrepris de donner une forme de base à l'argile tout en discutant avec la patiente. A certains moments, Mme C.. tremblait et paraissait angoissée, a essayé de se lever pour partir à nouveau. La stagiaire psychologue a alors pris la patiente sous le bras pour lui faire faire le tour de l'atelier puis l'a réinstallée à sa place en lui proposant un goûter.

Dès qu'elle s'est levée, la stagiaire psychologue l'a ramenée dans sa chambre. Avant de partir, la stagiaire art-thérapeute l'a saluée et Mme C.. lui a souri.

6e séance

Comme lors de la séance précédente, Mme C.. est arrivée avec un grand sourire. Quelques temps après son installation, la stagiaire art-thérapeute lui a présenté des pochettes plastiques contenant divers découpages. Mme C.. a porté son attention sur des images de bâtiments. Elle a essayé de les sortir de leur pochette, puis a aperçu une image de chiot et a voulu aussi la sortir. La stagiaire art-thérapeute a posé une feuille blanche et un pot de colle devant elle, et a entrepris de l'accompagner pour débiter une production à partir de collages.

Tout à coup, Mme C.. s'est levée et a entrepris de partir... la stagiaire art-thérapeute a tenté de la ramener à sa place mais la patiente a résisté. Le stagiaire psychologue l'a emmenée faire une promenade dans le jardin puis la ramenée dans l'atelier. A plusieurs reprises Mme C.. se levait pour partir. Finalement, le stagiaire psychologue l'a raccompagnée jusqu'à sa chambre, bien que la patiente ait dit: "non".

7e séance

Mme C.. est arrivée en souriant, accompagnée d'une aide-soignante. La stagiaire art-thérapeute l'a installée à une place et lui a proposé des images découpées d'animaux et de bâtiments. En discutant avec elle, la stagiaire art-thérapeute énumérait les images et encourageait la patiente à en choisir quelques-unes. La patiente n'a pas commencé sa production, ce qui a amené l'aide-soignante à poser des questions sur le déroulement de l'atelier et sur les conséquences de l'immobilisation de son bras gauche. La stagiaire art-thérapeute lui a expliqué que le programme s'adaptait à chaque individu.

L'aide-soignante s'est installée à côté de Mme C.. pour observer la séance. Elle sollicitait de temps en temps la patiente, mais celle-ci ne réagissait pas à ses demandes. Toutefois, Mme C.. écoutait et regardait attentivement le groupe qui discutait et riait ensemble. Parfois, la patiente pouvait répondre verbalement à des questions posées par un des membres de l'équipe.

Vers la fin de la séance, lorsque l'aide soignante observait l'atelier, Mme C.. s'est levée. La stagiaire art-thérapeute qui se trouvait proche d'elle, l'a invitée à admirer les productions des autres patientes. Elle lui a montré le vase de Mme E., et Mme C.. a regardé et sourit en répondant: "il est beau!". Puis la stagiaire art-thérapeute lui a montré le travail de calligraphie de Mme F., et la patiente a, à nouveau, exprimé sa satisfaction. Puis Mme C.. s'est dirigée vers une porte. La stagiaire art-thérapeute lui a demandé si elle souhaitait partir, et l'aide-soignante qui était venue avec elle l'a raccompagnée.

Durant la matinée précédent l'atelier d'art-thérapie, la stagiaire art-thérapeute s'est rendue dans la chambre de Mme C.. pour regarder des travaux de dessins que la patiente avait réalisés lorsqu'elle suivait des cours de couture. Ses dessins portaient sur l'étude des imprimés, par exemple les figures géométriques, les fleurs, les animaux.... En discutant ensemble, la patiente a accepté de reproduire des dessins similaires lors de l'atelier de l'après-midi.

Mme C.. est arrivée accompagnée par une aide-soignante. Lorsque l'équipe l'a saluée, la patiente a répondu par un grand sourire. Dans le même temps, l'aide-soignante a demandé à rester dans l'atelier pour observer la séance.

La stagiaire art-thérapeute a installé Mme C.. à une place. La patiente a observé ses deux voisines placées en face d'elle et a écouté leur conversation. La stagiaire art-thérapeute lui a proposé des modèles de broderies anciennes afin de les peindre en couleur. Après avoir préparé une palette de couleurs, la stagiaire art-thérapeute a choisi la couleur vert et un motif simple. Puis elle a commencé à peindre afin de solliciter la patiente tout en l'encourageant verbalement. Elle a ensuite tendu le pinceau à Mme C.. en lui proposant de peindre la deuxième feuille. Mme C.. a tenu le pinceau, et a commence à suivre le motif. Elle est restée concentrée sur sa production, et de temps à autre la stagiaire psychologue venait l'encourager et l'aider à changer de couleur. Mme C.. a choisi le bleu pour peindre les fleurs. Elle a utilisé deux tons différents, un bleu vif pour le cœur des fleurs, et un bleu clair pour les pétales. En fin de peinture, elle a utilisé la couleur jaune sur les tiges des fleurs.

Au retour de la stagiaire art-thérapeute, Mme C.. avait déjà cessé sa production. La stagiaire art-thérapeute l'a encouragée à poursuivre un peu et la patiente a essayé de passer sur quelques courbes. Puis elle s'est levée et s'est approchée de Mme B... La stagiaire art-thérapeute l'a accompagnée pour regarder Mme B.. pendant son activité et est restée quelques minutes derrière elle. Puis elle s'est dirigée vers la table de Mme F., où elle lui a montré la calligraphie de la patiente. Mme C.. a regardé puis s'est dirigée vers une porte. La stagiaire art-thérapeute lui a demandé si elle voulait partir et Mme C.. a répondu: "oui". L'aide soignante a alors proposé son aide pour raccompagner la patiente. La stagiaire art-thérapeute l'a saluée et l'a invitée à venir à la prochaine séance. Mme C.. a accepté en souriant.

9e séance

Mme C.. est arrivée accompagnée d'un membre de l'équipe. La stagiaire art-thérapeute l'a saluée, la patiente a répondu en souriant. Après l'avoir installée à une place, la stagiaire art-thérapeute lui a présenté tous ses matériaux et dessins. Elle a invité la patiente à réaliser un motif de tissu simple en lui proposant plusieurs couleurs. Mme C.. a pu échanger quelques phrases avec elle. La stagiaire art-thérapeute a démarré la production et la patiente a repris le pinceau et a poursuivi seule son dessin.

La stagiaire psychologue venait encourager et solliciter la patiente, dès que celle-ci cessait son activité artistique. De temps à autre, la stagiaire art-thérapeute discutait avec Mme C.. du changement des couleurs tout en laissant la patiente exprimer son avis. Pendant sa production, lorsque la patiente débordait les contours des motifs, elle réagissait immédiatement. Après les sollicitations de la stagiaire art-thérapeute, Mme C.. a poursuivi son activité.

Mme C.. a travaillé sur sa production durant une trentaine de minutes. Puis, elle s'est levée et a marché vers la porte. En passant devant Mme F., elle s'est arrêtée pour regarder ce qu'elle faisait. La stagiaire art-thérapeute lui a montré sa production et Mme C.. a dit que c'était beau. Puis elle a ouvert la porte, et sur la demande de la stagiaire art-thérapeute si elle souhaitait partir, la patiente a répondu: "oui!". La stagiaire art-thérapeute lui a proposé de lui remettre l'invitation pour la prochaine séance, et Mme C.. a attendu de l'avoir. Le stagiaire psychologue lui a donné le feuillet, puis l'a accompagnée dans sa chambre. La stagiaire art-thérapeute a invité la patiente pour la séance suivante et Mme C.. a souri en répondant: "peut-être!".

10e séance

Mme C.. est venue accompagnée d'une aide-soignante, et elle a répondu à la salutation de la stagiaire art-thérapeute en souriant. La stagiaire psychologue l'a installée à une place, ensuite elle a montré à Mme C.. la production inachevée, en lui parlant de la séance précédente. Mme C.. l'a regardée et répondu avec quelques mots simples. En attendant la stagiaire art-thérapeute, la stagiaire psychologue lui a préparé des matériaux en discutant avec elle.

À son retour, la stagiaire art-thérapeute a proposé à Mme C.. de continuer sa production inachevée, en lui faisant la démonstration. Mme C.. a pris à son tour le pinceau de la stagiaire art-thérapeute en disant "oui". Elle s'est concentrée pour peindre une feuille à motif. Parfois elle débordait du contour de la feuille à cause des tremblements de sa main droite. Elle manifestait alors son insatisfaction. La stagiaire art-thérapeute lui a proposé une solution pour la rassurer, et lui a proposé d'utiliser la couleur blanche pour recouvrir les peintures débordées. Mme C.. a accepté cette technique et continué sa production.

Durant la séance, le temps de la pratique artistique de Mme C.. a duré environ 40 minutes, tout en ayant de temps à autre besoin de la sollicitation et l'encouragement des membres de l'équipe pour continuer son travail. Dès qu'elle s'est levée de sa place, elle n'a plus voulu poursuivre sa production.

La stagiaire art-thérapeute est allée vers elle, et a amené Mme C.. faire un tour dans l'atelier et s'arrêter un petit moment devant chaque résidente pour avoir une discussion. Un membre de l'équipe l'a accompagnée à son étage après la promenade dans l'atelier avec la stagiaire art-thérapeute.

11e séance

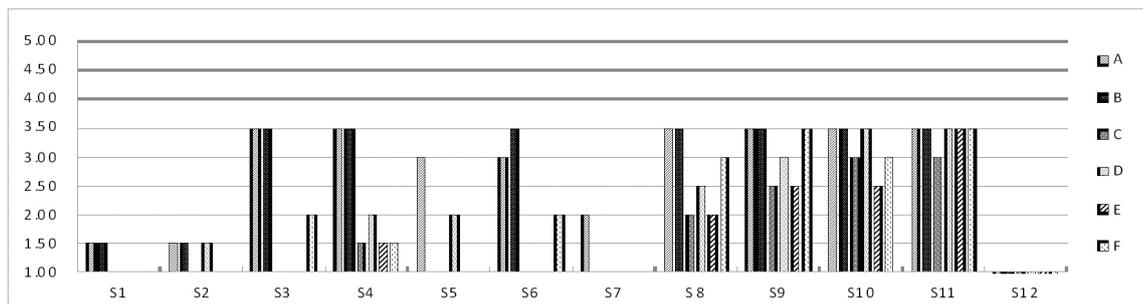
La fille de Mme C.. l'a amenée dans l'atelier d'art-thérapie, et a demandé de pouvoir rester avec sa mère. En acceptant sa demande, la stagiaire art-thérapeute les a accueillies. Après les avoir installées, la stagiaire art-thérapeute a montré à Mme C.. deux nouveaux motifs pour qu'elle puisse en choisir un. La patiente a regardé les deux motifs, mais n'a pas fait son choix tout de suite, la fille de Mme C..

l'a alors encouragée à choisir. Après la proposition de la stagiaire art-thérapeute, Mme C.. a pris un motif représentant deux fleurs en diagonale. En discutant des couleurs, la stagiaire art-thérapeute lui a préparé des peintures sur une palette et a commencé à peindre une feuille de couleur verte, puis laissé Mme C.. continuer sa production.

Pendant l'activité artistique, la concentration de Mme C.. durait environ 10 minutes chaque fois, et sa fille l'encourageait à nouveau à continuer de peindre. La stagiaire art-thérapeute revenait de temps à autre vers elle pour discuter de sa production et l'aider sur la technique pour résoudre les

phénomènes associés comme le pinceau très sec ou trop imbibé d'eau. Dès que Mme C.. reprenait la peinture, sa fille la félicitait et l'embrassait, et Mme C.. travaillait sur sa production en souriant. De la même façon, lors de la dernière séance, Mme C.. a travaillé durant 40 minutes. Sa fille a essayé de la solliciter plusieurs fois pour finir sa production, mais elle a finalement posé son pinceau et ne l'a plus repris. Elle ne s'est pourtant pas levée de place et elle continuait à sourire en entendant les encouragements de sa fille. La stagiaire art-thérapeute est revenue vers elle pour proposer un goûter, et Mme C.. l'a accepté. Sa fille est restée avec elle pendant la collation. L'art-thérapeute a présenté à sa fille le déroulement des séances passées avec sa mère. Après avoir fini le goûter, Mme C.. est partie avec sa fille, en disant: "au revoir." à l'équipe avec le sourire.

Faisceaux d'items: Intention



A regard

5 rayonnant 4 déterminant 3 présent 2 indifférent / errant 1 absent

B touché

5 rayonnant 4 recherché 3 présent 2 passif 1 absent

C expression verbale sur intention artistique

5 spontanée 4 dynamique 3 encouragée 2 sollicitée 1 passif / sans

D qualité expression verbale sur intention artistique

5 élaborée 4 claire 3 cohérente 2 compréhensible 1 troublée

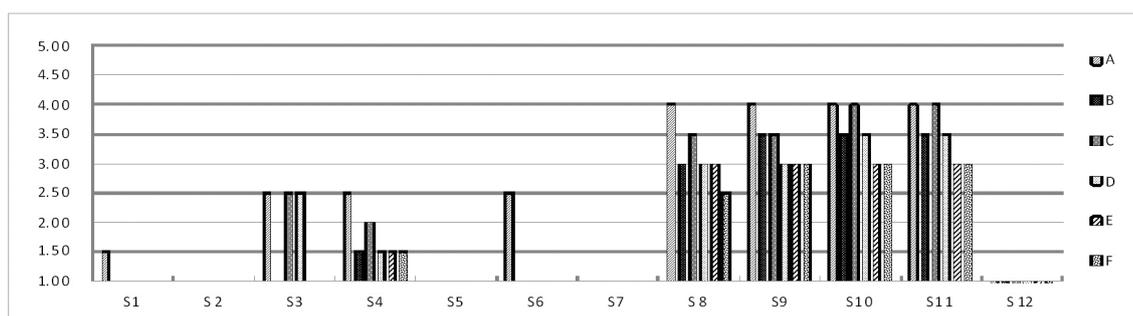
E le choix du sujet

5 idée personnelle 4 guide de l'a-te 3 proposition de l'a-te 2 l'aide de l'a-te 1 décision de l'a-te / sans

F le choix des couleurs et des matériaux

5 initiative 4 guide de l'a-te 3 conseil de l'a-te 2 proposition de l'a-te 1 passif / sans

Faisceaux d'items: Action



A poussée corporelle

5 initiative 4 encouragée 3 l'aide de l'a-te 2 l'accompagnement physique 1 sans

B pratique artistique

5 autonome 4 encouragée et sollicitée 3 besoin d'aide 2 attente d'aide 1 sans

C concentration

5 très bonne 4 bonne 3 moyenne 2 faible 1 perturbée

D durée de concentration

5 entière 4 4/5 séance 3 1/2 séance 2 très peu 1 absente

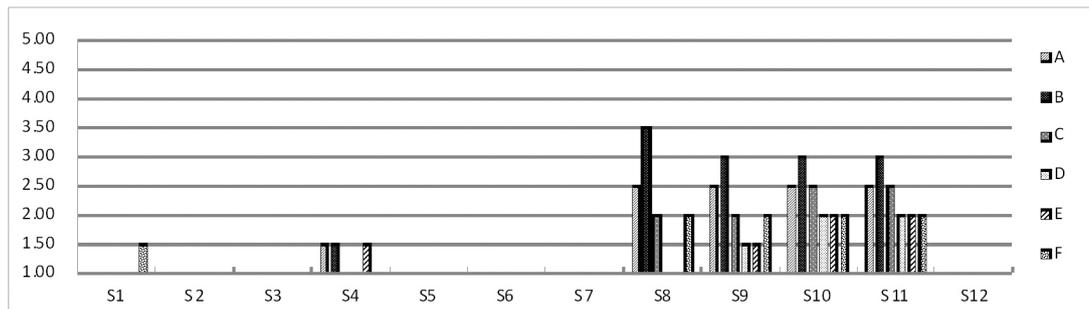
E dextérité

5 très fine 4 fine 3 moyenne 2 maladroite 1 grossière

F discussion sur technique avec l'a-te

5 initiative 4 dynamique 3 simple 2 très peu de mots 1 sans répondre

Faisceaux d'items: Production



A fond / forme

5 sophistiqués 4 recherchés 3 cohérents 2 peu cohérents 1 incohérents

B techniques

5 sophistiquées 4 travaillées 3 simple 2 informe 1 grossières

C intérêt sur production: regard, touché, discussion, critique

5 énorme 4 beaucoup 3 assez 2 peu 1 aucun

D nature de discussion et critique

5 spontanée 4 très dynamiques 3 dynamiques 2 peu passive 1 passive / sans

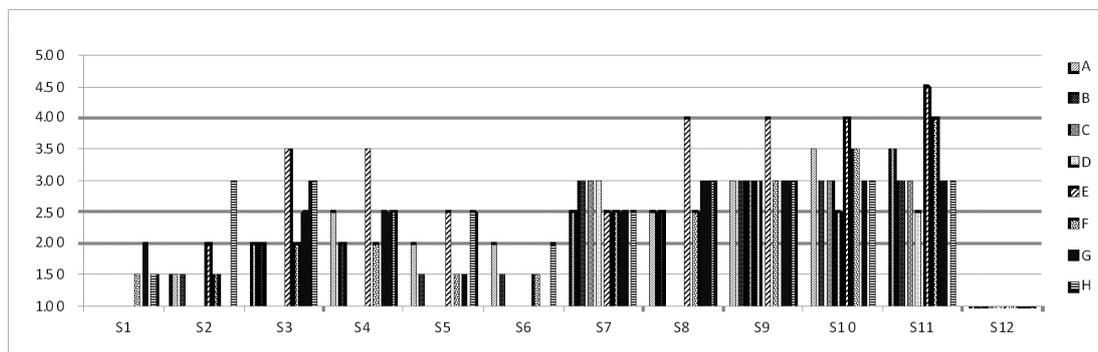
E qualité et quantité de discussion et critique

5 sophistiquées 4 recherchées 3 cohérentes 2 simple 1 aucuns réponse et avis

F traitement

5 emporté / exposé / offeret 4 confiée à l'a-te 3 demande à l'a-te 2 laissé 1 jeté / détruit / sans

Faisceaux d'items: Expression



Expression verbale durant de la séance

A quantité

5 nombreuse 4 fréquente 3 peu 2 rare 1 sans

B qualité

5 élaborée 4 recherchée 3 claire 2 compréhensible 1 troublée

C expression du plaisir esthétique

5 plaisir rayonnant 4 plaisir 3 peu 2 déplaisir 1 indifférence / sans

D expression de satisfaction

5 grande satisfaction 4 satisfaction 3 peu 2 désatisfaction 1 indifférence / sans

Expression non verbale et hors verbale

E expression du visage

5 rayonnante 4 détendue 3 maussade 2 pleurée 1 indifférente

F sourire et rire

5 nombreux 4 fréquent 3 peu 2 rare 1 sans

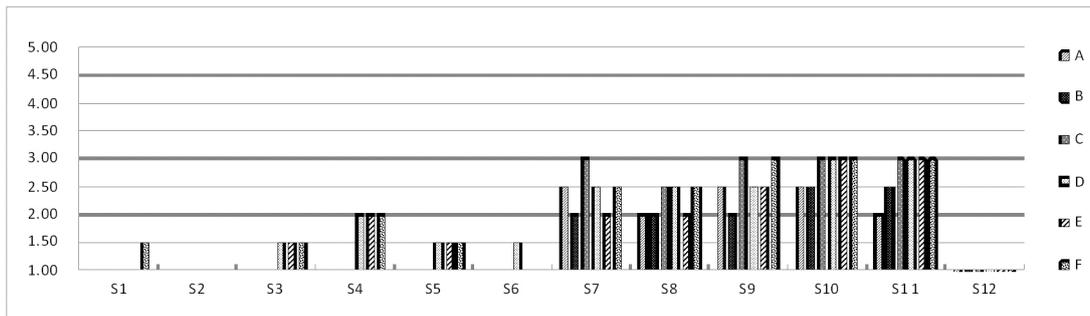
G expression du mouvement

5 très dynamique 4 dynamique 3 cohérente 2 perturbée 1 troublée

H quantité d'expression du mouvement

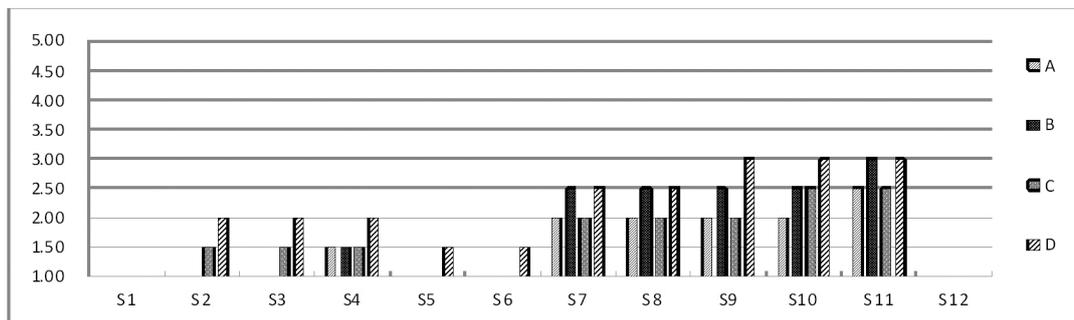
5 souvent 4 présente 3 peu 2 très peu 1 absente

Faisceaux d'items: Communication



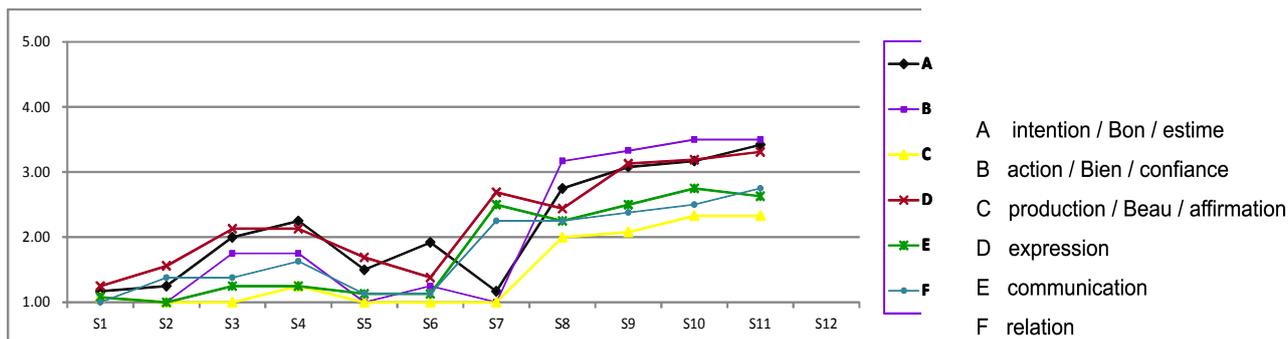
- A** quantité de discussion avec les autres résidentes
5 nombreuse 4 ponctuelle 3 peu 2 rare 1 sans
- B** qualité de discussion avec les autres résidentes
5 exubérante 4 affectueuse 3 cordiause 2 polie 1 indifférente
- C** dynamique de discussion avec les autres résidentes
5 spontané 4 volontair 3 l'aide de l'équipe 2 passif 1 rejeté / aucun
- D** quantité de discussion avec l'a-te
5 nombreuse 4 ponctuelle 3 peu 2 rare 1 sans
- E** qualité de discussion avec l'a-te
5 exubérante 4 affectueuse 3 cordiause 2 polie 1 indifférente
- F** dynamique de discussion avec l'a-te
5 spontané 4 volontair 3 l'aide de l'a-te 2 passif 1 rejeté / aucun

Faisceaux d'items: Relation



- A** niveau relationnel avec groupe
3 sympathique 2 empathique 1 fusionnelle
- B** mode relationnelle avec groupe
5 enjouée 4 chaleureuse 3 cordialité 2 polie 1 indifférente
- C** niveau relationnel avec l'a-te
3 sympathique 2 empathique 1 fusionnelle
- D** mode relationnelle avec l'a-te
5 enjouée 4 chaleureuse 3 cordialité 2 polie 1 indifférente

Bilan d'évaluation



- A intention / Bon / estime
- B action / Bien / confiance
- C production / Beau / affirmation
- D expression
- E communication
- F relation

3. Conclusion de l'atelier d'art-thérapie et bilan d'évaluation effectué par l'équipe de l'atelier.

Globalement, le résultat de l'art-thérapie à dominante arts plastiques a été bénéfique pour ce groupe de six résidentes. Il a favorisé leur expression verbale à travers des expressions artistiques comme un moyen pour ouvrir les discussions et les échanges entre les résidentes et l'équipe de l'atelier, mais aussi entre elles. En particulier, les deux stagiaires psychologues ont pu favoriser la capacité de communication des résidentes dans des moments donnés. Les six résidentes ont pu bénéficier de l'effet relationnel du groupe. Les activités artistiques ont permis d'entraîner leurs capacités restant en sommeil, l'utilisation des techniques, et le savoir-faire les ont aidées à améliorer leur confiance en soi. Les productions artistiques leur ont procuré un plaisir esthétique, et leur ont donné des repères temporospatiaux. De plus, l'exposition a ouvert un dialogue et a établi des liens sociaux entre elles et le monde extérieur. La restauration de l'estime de soi s'est bâtie sur tous ces effets positifs. Un des avantages de l'atelier en groupe a été la communication et la relation sociale entre les résidentes. Au fil des séances, les membres de l'atelier sont devenus des repères dans le temps et l'espace. Un bilan d'évaluation a été effectué par les deux stagiaires psychologues après une discussion de l'équipe de l'atelier, pour chaque résidente de l'atelier d'art-thérapie:

Mme A..

La production artistique fut une découverte pour Mme A...

Au début, nous avons pu observer des manifestations d'anxiété et la recherche d'une intention artistique.

Au fil des séances, Mme A.. a trouvé un but, elle s'est lancée dans la réalisation d'une peinture, ce qui lui a apporté une grande satisfaction, largement exprimée.

Au fur et à mesure des séances, nous avons observé une amélioration de la confiance en soi et des gains en autonomie. La communication avec les autres résidentes et les intervenants s'est développée au fil des séances.

À la fin de la sixième séance, Mme A.. a terminé son œuvre, et exprime sa curiosité et son enthousiasme à continuer l'atelier et découvrir de nouvelles techniques et supports.

Mme B..

L'atelier d'art-thérapie a suscité chez Mme B.. un grand intérêt dès la première séance.

Au niveau de la production, elle présentait des difficultés de concentration et l'intention artistique fut difficile à déterminer.

Cependant, elle était très sensible aux stimulations sensorielles (couleurs, images), elle évoluait sans se fixer de but à atteindre, ce qui stimulait son imagination.

Mme B.. exprimait de l'émotion, se sentait valorisée et en a tiré des bénéfices sur sa santé et son bien-être. Elle se plaçait comme un moteur dans la dynamique du groupe d'atelier par ses facilités relationnelles.

Mme C..

Lors de la première séance, Mme C.. n'exprimait pas d'émotions, ne communiquait pas et ne participait pas à l'atelier.

Au fil des séances, un lien s'était créé, des sourires, quelques échanges et l'expression des émotions ont commencé à faire surface.

Elle a commencé à présenter de l'intérêt pour l'atelier petit à petit, notamment lorsqu'il lui a été présenté des magazines de couture.

Cependant, le temps d'attention était fluctuant et Mme C.. se levait fréquemment.

On a pu tout de même observer une réelle répercussion de l'atelier sur la socialisation de Mme C.. qui allait à la rencontre des autres participants pour admirer leur travail ou bien pour les saluer. La communication était de plus en plus présente, et lors de les dernières séances, Mme C.. a commencé une réalisation artistique.

Mme D..

Au commencement, Mme D.. exprimait de l'anxiété.

Elle manifestait de l'intention artistique sans entrer dans l'action.

La communication était essentiellement basée sur des plaintes somatiques et son envie de rentrer.

Au fur et à mesure des séances, avec les sollicitations et les encouragements de l'équipe, la confiance s'est installée. Mme D.. appréciait l'atmosphère calme et apaisante de l'atelier.

À partir de là, Mme D.. s'est lancée dans différentes réalisations. Au début avec accompagnement, puis seule.

Ses actions artistiques lui ont procuré beaucoup de valorisation et la poussaient à continuer.

Mme D.. a exprimé un réel enthousiasme vis-à-vis de l'atelier et se projetait sur les séances suivantes.

Mme E..

Pour Mme E.., les deux premières séances lui ont permis de se réapproprier les matériaux et supports qui lui étaient familiers.

Ensuite, Mme E.. a verbalisé de l'intention artistique et différentes œuvres ont été réalisées.

Au cours des séances, Mme E.. exprimait de nombreux souvenirs, ce qui suscitait de l'émotion.

Ses échanges avec la stagiaire art-thérapeute sur les différentes techniques d'art semblent très valorisants et appréciables pour elle.

La communication s'est améliorée (intégration dans le groupe), Mme E.. faisait preuve de beaucoup d'autocritique, même si elle semblait apprécier les séances.

A chaque fin de séance, Mme E.. participait au rangement de la salle, ce qui facilitait la conclusion de l'atelier, et paraissait valorisant.

Mme F..

Pour Mme F.., l'atelier a d'abord été un lieu d'échange dans la bonne humeur, elle a fait preuve de beaucoup d'humour et exprimait ses émotions et sa satisfaction à chaque séance.

Elle avait besoin d'accompagnement dans le choix du support et la validation du travail effectué.

Elle était en demande de consignes et conseils qui pouvaient lui permettre de réaliser sa production.

Mme F.. a fait la découverte de la calligraphie au cours des dernières séances. Elle a fait preuve d'enthousiasme à l'intention de ce support qu'elle trouvait valorisant.

Tout au long des séances, elle tirait une grande fierté de ses réalisations, qu'elle souhaitait exposer.

La communication était désormais tournée vers ses idées artistiques et ses productions.

Des échanges avec les autres participantes ont été de plus en plus fréquents.

PARTIE III

L'ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MISE EN PLACE D'UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE RÉVÈLE L'INTÉRÊT DE L'UTILISATION DES ARTS PLASTIQUES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ EXISTENTIELLE DE PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES EN EHPAD, ET REMET EN QUESTION LA MÉTHODOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE.

A. Le sujet et le lieu de prise en charge sont importants pour déterminer le projet de l'art-thérapie et le travail thérapeutique visant à améliorer la qualité existentielle.

1. Les pénalités des personnes âgées liées aux problématiques de la vieillesse sont les déterminants à prendre en compte pour fixer l'objectif général du projet d'art-thérapie.

Une recherche documentaire et les informations fournies par l'équipe de soin permettent à la stagiaire art-thérapeute de fixer l'objectif général du projet, ceci dans le but d'améliorer la qualité existentielle des personnes âgées désorientées. Il semble que c'est un objectif très vaste, et cela a soulevé nombre d'interrogations chez les deux stagiaires psychologues avant la mise en place de l'atelier d'art-thérapie. Donc, de l'élaboration du projet d'art-thérapie à sa réalisation, il a fallu réfléchir aux questions sur la notion de la qualité existentielle et sa relation avec l'art-thérapie face à la personne âgée désorientée, mais aussi sur les moyens de prise en charge.

Ce mémoire prendra, par conséquent, en compte ce point important qu'est la qualité existentielle du patient.

L'adjectif «existentiel» est issu de la même famille que les mots «exister, existence». Ayant provoqué nombre de discussions chez les philosophes, c'est une série de mots très lourds de sens. Nous n'allons pas les reprendre ici dans le détail. Quant au mot «vivre» il est incontournable pour mettre en évidence la notion d'«exister», il désigne l'être en vie qu'il soit végétal ou animal, aux niveaux biologique et physiologique. «Exister», est le fait d'être conscient de l'état d'être. Il s'agit de l'expérience d'être, de la façon d'être conscient d'exister. Pour l'homme, le fait d'exister se révèle dans son humanité, manifestée par ses besoins spécifiques. À partir d'ici, une recherche est faite pour faire le lien entre la qualité existentielle et l'art-thérapie concernant les pénalités des personnes âgées désorientées. Nous pouvons ainsi souligner l'intérêt de cet objectif général thérapeutique.

Selon la pyramide de Maslow, les besoins secondaires qui intègrent le fait d'exister peuvent influencer la qualité existentielle. Il s'agit d'une satisfaction procurée par une ou des expériences induisant une auto-valorisation.

Pour les six résidentes de l'atelier d'art-thérapie, la perte d'autonomie dues à leurs déficiences cognitives et physiques, l'anxiété et l'état dépressif associés, ou encore l'isolement, affectent la satisfaction des besoins secondaires. Ces pénalités altèrent des expériences d'être et leur font perdre le plaisir et le goût de vivre, une harmonie avec soi et les autres. Ainsi, c'est également une altération de la qualité existentielle.

Quant à l'art-thérapie en tant que discipline paramédicale, le travail thérapeutique n'a pas pour but de guérir, l'art-thérapeute travaillant sur l'effet des déficiences physiques et mentales ou de pathologie, et non sur leurs causes. Par l'exploitation du potentiel artistique, son but est d'aider la personne à se sentir mieux, et l'axe du travail en art-thérapie est basé sur le bien-être en fonction de la santé du patient. Un état de bien-être est un ressenti ou une sensation agréable procuré par la satisfaction des besoins fondamentaux. Mais, les pénalités de ces personnes âgées désorientées les empêchent

d'atteindre un tel état. Autrement dit, c'est l'altération de la qualité existentielle qui provoque le ressenti négatif ou la sensation désagréable de mal-être. Donc l'objectif de l'art-thérapeute est d'utiliser l'originalité de l'Art qui se rapporte à l'humanité et son pouvoir expressif et éducatif, pour aider ces six personnes âgées à trouver un nouveau ressenti positif ou une sensation agréable selon leurs capacités résiduelles. La diminution de leur souffrance leur permet d'atteindre un état de mieux-être et d'améliorer leur qualité existentielle.

Enfin, les pénalités des personnes âgées désorientées sont le facteur le plus important à considérer pour fixer l'objectif thérapeutique. L'amélioration de la qualité existentielle doit pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de ces personnes âgées. Selon les pénalités constatées et les prises en charge en groupe, l'objectif thérapeutique reste très souple, car l'idée est de fixer un objectif pour l'atelier, tout en favorisant un développement individuel adapté à chaque résidente. L'art-thérapeute doit savoir analyser les liens entre la qualité existentielle, les pénalités présentées et l'objectif de l'art-thérapie, afin de déterminer la cible et la stratégie thérapeutique individuelles. De plus, il doit différencier l'application de cet objectif thérapeutique entre les cas du groupe et chaque cas individuel. Sinon, cet objectif thérapeutique peut être très vaste.

2. Le type et l'orientation de l'établissement sont également des éléments importants pour déterminer l'objectif des prises en charge en art-thérapie.

L'élaboration d'un objectif thérapeutique pour améliorer la qualité existentielle dépend du type et de l'orientation de l'établissement.

La prise en charge de six personnes âgées désorientées a été effectuée au sein de la maison de retraite Monconseil. C'est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un lieu médicalisé. Son orientation et son fonctionnement sont différents des autres types d'établissements médicaux ou médicalisés (par exemple un hôpital ou un centre de rééducation).

La maison de retraite Monconseil propose un service de soin médical et paramédical, mais aussi une structure de vie pour les personnes âgées dépendantes. En plus de proposer des soins et d'assurer leur sécurité, il est intéressant de réfléchir au développement de cette structure de vie. Les personnes âgées ne sont pas ici seulement pour recevoir des soins vitaux. Il s'agit également de leur lieu de vie jusqu'à leur décès.

L'établissement propose à chaque résident un programme d'activités communes. Toutefois, ne vivant plus au sein de leur famille, étant détachés de leur histoire personnelle, leur maison, leur vie précédente, les personnes âgées peuvent présenter des états liés à ces pertes de repère. Certains résidents présentent des déficiences provoquées par leur maladie mais aussi par des facteurs environnementaux. Il s'agit de leur sentiment d'identité ou d'être, ou du problème d'adaptation au lieu. L'objectif de l'établissement étant la prise en charge des personnes âgées dépendantes jusqu'à leur fin de vie, l'art-thérapeute doit prendre en compte l'objectif général et l'orientation de l'établissement. Ainsi, l'amélioration de la qualité existentielle concerne non seulement les pénalités présentées, mais aussi l'adaptation et le bien-être de leur vie en maison de retraite. Inversement, l'impact positif de l'art-thérapie sur la qualité existentielle des personnes âgées en maison de retraite impose à cette thérapie un contexte précis.

Enfin, les divers facteurs causant les pénalités individuelles des personnes âgées, l'adaptation et le bien-être de leur vie en maison de retraite déterminent la méthode de prise en charge: individuelle ou en groupe. L'idée est d'améliorer la qualité existentielle de chaque résident dans un lieu commun, car la qualité existentielle implique des capacités relationnelles. Ainsi, l'objectif d'un atelier d'art-thérapie pour les six résidentes en groupe était de développer leurs capacités relationnelles. La

prise en charge individuelle permet la personnalisation de la stratégie thérapeutique et de l'activité artistique pour chaque résidente. L'art-thérapeute doit s'attacher à maintenir l'équilibre entre l'individu et le groupe, cela implique donc la nécessité d'un co-thérapeute pour l'observation thérapeutique de chaque résident. Cela favorise l'effet relationnel au sein de l'atelier d'art-thérapie, et permet à l'art-thérapeute d'organiser et de gérer le déroulement des activités artistiques individuelles durant les séances.

B. Le résultat de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès de personnes âgées désorientées soulève les questions de l'organisation de l'atelier d'art-thérapie et des compétences de l'art-thérapeute.

1. Une technique pertinente en arts plastiques est importante pour développer la capacité d'adaptation et l'harmonie entre les capacités résiduelles physiques et mentales par l'acquisition de la maîtrise corporelle.

La pratique artistique est une partie importante pour la prise en charge en art-thérapie. Il s'agit d'utiliser le pouvoir expressif et éducatif de l'Art pour aider les personnes âgées désorientées à entraîner leurs capacités résiduelles. Cela permet de développer leur capacité d'adaptation afin de trouver une harmonie entre physique et mental par l'acquisition de la maîtrise corporelle. Dans le schéma de l'opération artistique, la pratique artistique qui concerne la phase 5 et la phase 6 se rapporte à la confiance en soi. Ainsi, une technique adéquate est indispensable pour permettre aux résidents de réaliser leurs intentions artistiques, car elle influe sur leur engagement dans l'activité et sa production.

L'application des techniques en arts plastiques est différente pour chacune des résidentes présentes. L'intention artistique de la personne est un facteur primaire pour le choix de la technique utilisée, le degré et le niveau des techniques dépendant des capacités résiduelles de chacune.

Dans l'étude de cas de Mme A., dès sa première production artistique, la stagiaire art-thérapeute a perçu que le style de production de Mme A. était proche des impressionnistes, car elle peignait en pointillés. De plus, Mme A. exprimait son intérêt pour les paysages et la nature. Parmi plusieurs peintures impressionnistes qui lui ont été proposées, Mme A. a fait le choix d'un tableau représentant une forêt. Mme A. présentait outre un problème de vue, une maîtrise de ses mains limitée pour un travail de précision. De plus, elle présentait les symptômes d'un état dépressif.

Pour le choix du tableau à reproduire, il a fallu donc penser aux difficultés de Mme A. Les couleurs, le style artistique et la composition du tableau étaient trois facteurs à prendre en compte pour en mesurer la faisabilité par Mme A. Par exemple, les peintures classiques se consacrent à la recherche de l'idéal du beau et de l'essence éternelle des choses. Pour pouvoir les reproduire, il est nécessaire de posséder un degré de technique très élevé pour le traitement d'images extrêmement fines et pour le traitement des clair-obscur par le ton des couleurs. Ayant réfléchi aux difficultés de Mme A. avec ses déficiences physiques et mentales, la stagiaire art-thérapeute a estimé qu'une peinture classique ne conviendrait pas à reproduire. À l'opposé, les artistes impressionnistes insistent sur la recherche d'interprétation et de création libre selon la vision et la sensibilité personnelle, et attachent de l'importance à la stimulation visuelle des lignes et des couleurs. C'est la recherche du fonctionnement esthétique, et non celle de l'idéal du beau et du fonctionnement narratif. Ainsi les peintures impressionnistes peuvent d'abord donner une stimulation sensorielle par leurs couleurs très dynamiques, et la technique de reproduction peut être personnalisée. Toutefois, le conseil de l'art-thérapeute est important pour choisir une peinture adéquate. De plus, toutes les œuvres

impressionnistes ne sont pas reproductibles quant à leur contenu et leur composition, la relation entre les couleurs et la composition doit rester succinte.

Le plus important, c'est l'observation de l'intention artistique et le style de production de Mme A.. qui étaient similaires à ceux de certaines peintures impressionnistes.

Le choix de la bonne technique pour Mme A.. lui a permis d'avancer dans son action artistique pendant plusieurs séances. Grâce à cela, ses capacités résiduelles ont pu être entraînées par le pouvoir éducatif de l'art, et Mme A.. a pu développer progressivement une harmonie entre ses capacités physiques et mentales au fur et à mesure de l'avancée de sa production. Plus sa production progressait comme elle le souhaitait, plus sa confiance en soi était renforcée. Finalement, cette technique adéquate lui a permis de réaliser une production satisfaisante, et la satisfaction de sa production artistique lui a apporté un ressenti corporel positif. Ainsi une technique adéquate est un maillon important en art-thérapie, car elle implique une action éducative et expressive. C'est un lien de transition entre l'intention artistique à la production.

2. L'effet de diminuer l'anxiété et l'état dépressif par l'activité artistique implique une recherche personnelle de l'intention artistique et du plaisir esthétique.

Certaines résidentes de l'atelier d'art-thérapie présentaient de l'anxiété et/ou un état dépressif, la cause principale de leurs émotions négatives étant liée à leur maladie dégénérative, ou plus ou moins aux facteurs environnementaux. Lors des bilans d'évaluation, il a été démontré que l'état dépressif et anxieux de ces résidentes a progressivement diminué, et cette diminution des émotions négatives correspond à une recherche personnelle d'intention artistique et au plaisir esthétique ressenti lors de l'activité artistique.

Par exemple, Mme C.. était atteinte de la maladie d'Alzheimer. Son anxiété était due à des troubles mnésiques et de langage. D'ailleurs, comme elle était installée dans la maison de retraite Monconseil depuis peu de temps, ce nouvel environnement manquant de repères temporo-spatiaux familiaux a été aussi un facteur déclenchant de l'anxiété. Au début de sa prise en charge, Mme C.. a manifesté cette anxiété sous la forme de déambulation, de pleurs et de tremblements du corps, et chaque fois son activité s'arrêtait dans la phase 5 de l'opération artistique. Le travail art-thérapeutique a donc été établi autour d'une recherche personnelle de son intention artistique, et cela durant plusieurs séances. Finalement, la stagiaire art-thérapeute a aidé la patiente à trouver son intention artistique lors de l'exploitation sur la phase 1, par la connaissance de ses acquis dans le domaine de la couture durant de sa jeunesse. Il a donc été convenu de peindre un motif de tissus. Son activité artistique a pu alors dépasser la phase 5. Cette intention artistique lui a permis d'avoir la concentration nécessaire pour réaliser sa production, et l'état d'anxiété de Mme C.. a progressivement diminué. De plus, le plaisir esthétique de sa production artistique et de celles des autres lui ont apporté des émotions positives.

Contrairement à l'unité du programme de l'équipe de soin et des autres activités de l'établissement, cette recherche personnelle de l'intention artistique et du plaisir esthétique révèle le besoin de personnalisation et d'individualisation du soin des résidents, selon leurs propres capacités résiduelles physiques et mentales. Les soins en art-thérapie se caractérisent par une prise en charge individuelle, permettant l'adaptation et l'intégration des personnes âgées dans la maison de retraite, comme cela a été démontré dans le cas de Mme B.. Cette recherche personnelle a été pareillement favorable à la diminution de l'anxiété et de l'état dépressif des autres participantes de l'atelier d'art-thérapie, mais de façon différente selon le cas de la personne. Le processus de la recherche personnelle aidait les résidentes prises en charge à trouver un sentiment d'identité leur permettant de s'intégrer et de mieux vivre dans la maison de retraite. Ayant répondu au besoin de personnalisation et d'individualisation

par la recherche personnelle de l'intention artistique et du plaisir esthétique, l'art-thérapie a démontré sa spécificité dans l'équipe de soin de l'établissement, en tant que discipline originale.

3. Après avoir achevé l'atelier d'art-thérapie, une exposition des différentes productions, complétée par les récits de tous les résidents, a procuré un effet relationnel très dynamique dans l'établissement.

L'organisation de l'équipe d'atelier avec le soutien de l'équipe de soin sont des facteurs indispensables pour la réussite de cet effet relationnel très dynamique. Cette exposition n'avait pas pour seul objectif d'exposer les productions artistiques de l'atelier d'art-thérapie. Au début du stage, un autre projet complémentaire proposé par la psychologue, issu du projet d'art-thérapie, était de recueillir les récits personnels de l'ensemble des résidents sur le thème du «printemps». Il a été déclenché en parallèle avec la mise en place de l'atelier d'art-thérapie. Les récits des résidents et les productions artistiques se sont rejoints ensemble dans cette exposition. Ces deux projets ont favorisé la participation de l'ensemble des membres.

Des invitations ont été distribuées, des affiches annonçant l'exposition ont été placardées dans l'entrée de l'établissement ainsi que dans tous les étages. Le jour de l'ouverture de l'exposition, le vernissage a permis le rassemblement de tous les résidents de l'établissement dans le même espace-temps. De plus, certains résidents sont venus avec leur famille. Le vernissage a commencé par une présentation du projet et de l'atelier d'art-thérapie et la distribution d'un «cahier de vie» aux six résidentes prises en charge (ce «cahier de vie» restera un souvenir des différents moments de l'atelier). L'exposition a permis à tous les résidents d'exprimer leurs récits personnels du «printemps», les rendant tous visiteurs mais aussi participants. Ces récits personnels ont permis d'illustrer les productions artistiques, cela a favorisé les liens sociaux de six résidentes avec les autres. La critique positive des visiteurs, de la direction de l'établissement et des membres du CCAS de Tours (centre communal d'action sociale de Tours) pour cette exposition a favorisé à l'estime de soi des six personnes âgées prises en charge. De plus, ce vernissage a permis aux visiteurs, surtout aux familles des résidents, de découvrir l'objectif de l'exposition, le projet d'art-thérapie et la mise en place de l'atelier. Certaines familles ont montré leur intérêt au projet et ont posé de nombreuses questions sur l'art-thérapie. Outre l'effet relationnel bénéfique pour les résidentes prise en charge, cette exposition a également servi de repère temporo-spatial. Notre mémoire épisodique est construite par la succession des événements de notre vie, chaque événement a un début et une fin, nous donnant une orientation temporo-spatiale. Cette exposition est aussi un repère temporo-spatial marquant la fin de l'atelier d'art-thérapie.

4. L'espace physique et les membres de l'atelier sont également des repères temporo-spatiaux importants pour les personnes âgées désorientées.

Les maladies dégénératives de chacune des personnes âgées induisent des troubles d'orientation dans des degrés différents. Autant que les productions en arts plastiques, les repères temporo-spatiaux peuvent aider les personnes âgées désorientées à reconstruire une orientation dans le temps. Leurs productions artistiques sont comme une trace de leur expérience personnelle dans la pratique artistique, elles véhiculent les indices de date, de lieu, et les informations précises de leur action. En tant qu'aides-mémoire, ces indices et ces informations permettent aux personnes âgées désorientées de réorganiser l'opération du processus mnésique pour fixer une orientation dans le temps et dans l'espace. De plus, le plaisir esthétique de leurs productions artistiques peut déclencher leur mémoire

affective ou émotionnelle, leur permettre d'avoir un souvenir positif au niveau affectif et émotionnel. Ce souvenir affectif ou émotionnel est aussi lié au facteur du temps et à celui du lieu, il favorise l'intégration de ces résidentes dans la maison de retraite.

L'atelier d'art-thérapie dans la maison de retraite Monconseil a été mis en place pour un groupe de six résidentes fixes. L'espace physique et les membres de l'atelier restaient des repères temporospatiaux pour ces personnes âgées désorientées. L'atelier d'art-thérapie était pratiquement systématiquement installé dans la salle de réunion, la date et l'heure fixées en séances régulières. Au fil du temps, ces conditions ont permis aux résidentes de trouver une stabilité temporospatiale, et ont favorisé un lien relationnel parmi les membres de l'atelier. Cette stabilité temporospatiale s'est bâtie également sur la communication et les échanges du groupe pendant les séances d'art-thérapie. L'activité et la production artistique ont créé un processus de communication et d'échanges entre les résidentes, avec l'aide de l'équipe d'atelier. En particulier, le partage du plaisir esthétique renforce en positif la mémoire affective ou émotionnelle de la résidente pour l'atelier d'art-thérapie et les membres du groupe. L'équipe de l'atelier doit bien organiser le déroulement de la séance et orienter la communication et les échanges du groupe pour favoriser la relation de ces membres dans un sens bénéfique, au regard des difficultés relationnelles entre les résidents en raison des différents troubles cognitifs ou comportementaux. L'équipe de l'atelier était médiatrice pour gérer la difficulté relationnelle.

5. L'atelier organisé en groupe allié à la prise en charge individuelle, permet d'exploiter les effets bénéfiques de l'art-thérapie.

La mise en place de l'atelier concernait un groupe de six personnes âgées désorientées, il s'agissait donc d'un atelier en groupe, mais la prise en charge restait individuelle. L'idée de créer cet atelier en groupe a été proposée par la responsable du stage en égard des besoins de l'établissement. Mais l'avantage d'une prise en charge individuelle est l'observation et l'efficacité du travail thérapeutique. Après avoir présenté et détaillé l'art-thérapie et son fonctionnement, la psychologue a accepté la proposition de la stagiaire art-thérapeute que le nombre de participants soit limité au maximum à cinq ou six personnes. La prise en charge restait toutefois individuelle. C'est pourquoi l'objectif thérapeutique général a été fixé pour l'atelier en groupe, mais aussi a pu être développé pour chaque résidente.

Après la mise en place de l'atelier d'art-thérapie, en favorisant la communication et les échanges dans ce groupe, l'équipe de l'atelier a pu constater l'effet relationnel bénéfique pour chaque résidente.

Au fil du temps, certaines résidentes ont pris l'initiative de saluer les autres personnes au début et en fin de séance, de discuter avec l'équipe ou avec leur voisine au moment du goûter. En même temps, l'activité artistique a été personnalisée et individualisée, pour entraîner les propres capacités résiduelles de chacune, et exploiter l'intention artistique et l'idéal esthétique en individuel. La stratégie thérapeutique de chaque résidente était différente l'une de l'autre, elle a donc été appliquée et modifiée selon les progrès ou le site d'action de la résidente. Cet atelier d'art-thérapie a donc permis aux six résidentes de bénéficier d'un soin individuel et de l'effet relationnel du groupe.

Toutefois, il est nécessaire de limiter le nombre de participants dans un atelier d'art-thérapie. Sinon, son organisation deviendrait difficile, l'observation des personnes prises en charge superficielle, et le travail thérapeutique n'atteindrait pas son objectif. L'art-thérapeute doit mesurer l'équilibre entre la prise en charge individuelle et l'état relationnel du groupe, l'organisation du temps étant très importante pour cet équilibre entre individu et groupe. Les débuts et fins de séances étaient réservés pour favoriser l'état relationnel, et le temps restant à l'activité artistique et à la prise en charge

individuelle. La collaboration entre la stagiaire art-thérapeute et les deux stagiaires psychologues est primordiale pour favoriser les effets bénéfiques de cet atelier d'art-thérapie en groupe à prise en charge individuelle, notamment pour l'observation et l'organisation du groupe. De plus, le comportement de certaines résidentes pouvait déranger les autres participantes, comme pleurer, se plaindre à haute voix, rire fortement sans se contrôler, etc... L'équipe de l'atelier devait gérer cette difficulté afin que cela ne provoque pas un effet relationnel indésirable. En règle générale, un atelier d'art-thérapie, qu'il soit en groupe ou en individuel, s'il perd son objectif et son effet thérapeutique ce n'est plus un atelier d'art-thérapie.

6. L'art-thérapeute a besoin de temps et d'expérience pour individualiser l'utilisation des outils art-thérapeutiques, la fiche d'observation et le bilan d'évaluation.

La fiche d'observation et le bilan d'évaluation sont les deux outils pouvant démontrer la scientificité de la prise en charge et du résultat de l'art-thérapie. Mais il n'existe pas de modèle universel, c'est à l'art-thérapeute de créer une fiche d'observation selon l'état du patient et l'objectif thérapeutique en référence à la théorie et aux principes du livre de Richard FORESTIER *«Tout savoir sur l'art-thérapie»*. Les items, étant le fondement de l'évaluation déterminent la fiche d'observation pour prouver qu'un objectif thérapeutique est atteint, et ils concernent les faits précis qui peuvent être élaborés de façon quantitative, qualitative, fonctionnelle ou descriptive. Parfois ils peuvent être appréciés de façon objective, interprétés ou ressentis par l'art-thérapeute. Tout cela démontre la difficulté de créer une fiche d'observation, car les items influencent le résultat du bilan d'évaluation, et la scientificité de l'art-thérapie implique l'objectivité des faits observés par l'art-thérapeute.

Lors du stage à la maison de retraite Monconseil, la fiche d'observation a été élaborée pour un groupe, en fonction de l'objectif thérapeutique général et des informations d'anamnèse des six résidentes, avant la mise en place de l'atelier d'art-thérapie. L'équipe thérapeutique a constaté des manifestations différentes selon les résidentes, et certains faits inattendus et imprévus sont apparus pendant la prise en charge individuelle, obligeant la stagiaire art-thérapeute à modifier certains items. Par exemple, Mme C. a manifesté des symptômes d'anxiété qui se sont traduits par des tremblements du corps, une déambulation et des pleurs, réactions que les autres résidentes n'ont pas manifestées. Ainsi, le faisceau d'item: expression non verbale et hors verbale a été modifié. Donc deux items ont été changés, et les cotations ont dû être mesurées selon les symptômes présentés. Dans ce cas réel d'atelier, hormis le facteur de l'objectivité et la subjectivité, la fiche d'observation a pris en compte l'unité du groupe et la spécificité de l'individu pour atteindre l'objectif thérapeutique général. Tous ces facteurs, essentiels pour établir la fiche d'observation et le bilan d'évaluation, révèlent l'importance du temps et des expériences de prises en charge. Les cas vécus permettent à l'art-thérapeute d'accumuler des connaissances et des expériences par l'observation des personnes prises en charge. L'art-thérapeute doit avoir l'esprit de recherche pour former progressivement sa propre approche de la prise en charge, créer sa fiche d'observation et utiliser ses outils art-thérapeutiques.

7. Les compétences artistiques de l'art-thérapeute, la façon d'approcher la personne prise en charge influencent l'efficacité art-thérapeutique.

L'efficacité de l'art-thérapie pour atteindre un objectif thérapeutique dépend de plusieurs facteurs, incluant les compétences artistiques, l'approche de la personne prise en charge et les connaissances professionnelles.

Les compétences artistiques de l'art-thérapeute impliquent la maîtrise des techniques et des connaissances artistiques, mais aussi la capacité d'appréciation comme contemplateur. La technique se rapportant à la forme de l'oeuvre d'Art est importante pour réaliser l'intention artistique et procurer le plaisir esthétique. Les techniques maîtrisées sur la base de connaissances artistiques permettent à l'art-thérapeute de varier les nouvelles pratiques selon le besoin de la personne prise en charge, et de prévoir la faisabilité et le résultat d'un procédé utilisé pour la production artistique. Les compétences artistiques de l'art-thérapeute ne concernent pas seulement les techniques maîtrisées avec des connaissances artistiques, mais également la capacité de varier ces techniques pour adapter son travail thérapeutique aux capacités résiduelles de la personne. Dans l'atelier, les pénalités, les capacités résiduelles et les intentions artistiques des six résidentes étant différentes, les techniques en arts plastiques utilisées ont été modifiées selon les conditions et le besoin de chacune. Enfin, l'art-thérapeute doit connaître plus de techniques autres que sa propre dominante, telles que la musique, le théâtre, etc... Cela lui permet de s'adapter, suivant le besoin de la personne prise en charge.

L'art-thérapeute doit savoir utiliser sa capacité d'appréciation pour le beau de la production artistique de chaque résidente, afin d'aider les résidentes à optimiser leurs performances, particulièrement pour les résidentes en état dépressif. Le beau qui existe dans le monde où l'on vit est objectif, mais notre perception individuelle du beau peut être subjective et/ou objective et dépend de notre sensation ou notre opération cognitive. Ainsi, la capacité d'appréciation de l'art-thérapeute peut aider la personne à exploiter le beau dans sa production pendant son activité artistique. Dans ce cas-là, ce n'est pas un jugement du beau que l'art-thérapeute doit porter, mais plutôt orienter la personne pour découvrir et développer le beau de sa propre production artistique, en utilisant les connaissances de l'esthétique. Car il faut ne pas oublier que l'art-thérapeute est le premier spectateur de cette production. Donc cette capacité peut aider la personne à se valoriser par sa production afin de restaurer ou d'améliorer son estime de soi. Également, elle permet à l'art-thérapeute de trouver une technique adéquate pendant l'activité artistique, afin que la production puisse transmettre l'information du beau aux spectateurs, lorsque les oeuvres artistiques sont exposées. La capacité d'appréciation doit être fondée par l'expérience artistique de l'art-thérapeute, ses connaissances de l'esthétique et son esprit ouvert pour qu'il puisse être sincère devant la production de la personne prise en charge.

L'art-thérapeute doit savoir approcher la personne prise en charge en respectant sa dignité. L'exploitation de son intention artistique et le respect de son choix sont très importants pour personnaliser le soin en art-thérapie, car l'Art est une activité humaine volontaire orientée vers une recherche esthétique, la notion révèle l'implication de la spontanéité et l'autonomie. C'est l'une des nombreuses caractéristiques de l'art-thérapie par rapport aux autres disciplines. La personne prise en charge peut prendre des initiatives dans son activité artistique. Ainsi, l'observation, l'écoute et la communication avec la personne prise en charge aident à l'art-thérapeute à exploiter son initiative. Une personne prise en charge en art-thérapie est en état de faiblesse, et a besoin d'aide pour aller mieux. Dans l'atelier d'art-thérapie, certains résidentes étaient dans un état dépressif ou anxieux et ne trouvaient pas tout de suite leur intention artistique, chose qui n'est déjà pas facile pour un artiste. Donc, le guidage et les propositions de l'art-thérapeute sont souvent indispensables pour les personnes prises en charge pour orienter de façon bénéfique le pouvoir de l'Art. Mais, ce n'est pas à l'art-thérapeute de prendre la décision à la place de la personne, sauf en cas de danger ou pour orienter son travail thérapeutique. Il faut donc bien tracer la frontière entre la décision et le conseil dans la prise en charge de l'art-thérapie.

C. Les autres disciplines peuvent être favorables à la mise en place et le déroulement de l'atelier d'art-thérapie au sein de l'établissement, mais un protocole précise les rôles de chacun et le fonctionnement de l'art-thérapie.

1. La considération de la psychologue et du cadre de santé pour le projet d'art-thérapie permettent à la stagiaire art-thérapeute d'avoir l'attention et le soutien des équipes de soin, afin de faciliter la réalisation du projet au sein de l'établissement.

L'art-thérapeute peut personnellement gérer le déroulement de la séance d'art-thérapie, mais certains travaux ont besoin de soutien et d'aide apportés par le personnel de soins, en particulier pour l'intégration et le déroulement de l'atelier d'art-thérapie en groupe. L'art-thérapie étant une nouvelle discipline dans cet établissement, la stagiaire art-thérapeute a eu besoin des informations sur le fonctionnement de l'établissement et de contacts avec les autres professionnels afin d'intégrer un atelier d'art-thérapie dans le processus de soin.

L'aide de la psychologue lui a permis de créer rapidement une structure efficace, de trouver l'orientation thérapeutique dans le processus de soin de l'établissement, de rencontrer les deux stagiaires psychologues pour créer une équipe pour l'atelier d'art-thérapie afin d'exécuter son projet.

Sans ces informations, l'exécution de l'étape de préparation de l'atelier d'art-thérapie aurait été difficile. De plus, après avoir eu l'autorisation de la mise en place de l'atelier par le cadre de santé, la stagiaire a pu présenter son projet d'art-thérapie et annoncer sa mise en place, avec deux stagiaires psychologues, lors de la réunion de transmission. L'équipe de soin a été très attentive à l'exposé de ce projet. Cette annonce était importante pour avoir le soutien et l'aide de l'ensemble de l'équipe de soin, en particulier des aides soignants. S'agissant d'un atelier en groupe, ce sont les aides soignants et les deux stagiaires psychologues qui accompagnaient six résidentes à l'aller ou au retour de l'atelier. La stagiaire art-thérapeute ne disposait que d'une demi-heure pour préparer la salle de réunion, entre la fin de la réunion de transmission et le commencement de la séance. L'accompagnement à l'aller et au retour des six résidentes était très important, car ces personnes âgées étaient désorientées, et par raison de sécurité, elles ne pouvaient ni rentrer seules dans leur chambre, ni rester seules dans l'atelier. De plus, l'accompagnement par les aides soignants a été aussi important lors du vernissage de l'exposition. Ils assuraient l'arrivée de tous les résidents de l'établissement, en particulier les personnes âgées de l'unité Alzheimer. La présence de tous les résidents était une condition essentielle pour favoriser l'effet relationnel à ce moment particulier. Enfin, le soutien de l'équipe de cuisine a été aussi important lors des goûters de fin des séances, ou lors du buffet final du vernissage.

Tous ces faits démontrent l'importance de l'appui de la psychologue et du cadre de santé, et du soutien et de l'aide de toute l'équipe de soin. L'art-thérapeute peut gérer son travail thérapeutique et le déroulement de l'atelier d'art-thérapie, mais pour favoriser et permettre l'intégration de l'atelier d'art-thérapie dans le processus de soin d'un établissement, il est nécessaire d'impliquer les autres disciplines.

2. La collaboration de la stagiaire art-thérapeute avec les deux stagiaires psychologues révèle l'intérêt d'une co-thérapie.

Une caractéristique de l'atelier d'art-thérapie réalisé dans la maison de retraite Monconseil a été la collaboration entre la stagiaire art-thérapeute et les deux stagiaires psychologues. L'intérêt de cette collaboration était basé sur la partie commune de ces deux métiers, mais le succès de cette

collaboration a reposé sur le respect de la différence des métiers et de la méthode de prise en charge art-thérapeutique.

Pour assurer la qualité des prises en charge individuelles dans le groupe, il est nécessaire d'avoir une collaboration entre les professionnels, car il est difficile d'observer et de prendre en soin six résidentes en même temps dans une même séance. La collaboration avec les deux stagiaires psychologues a été proposée par Mme Chevalier-Le Soret. Leur axe de travail portait sur le bien-être des résidents face à leurs déficits cognitifs, et leur méthode de travail consistait en entretiens lors de leur accueil ou leur adaptation au sein de l'établissement, leur évaluation cognitive, le recueil des histoires de vie, etc... Leurs compétences professionnelles ont ainsi favorisé la capacité relationnelle des résidentes par l'approche verbale, notamment au début et à la fin de séances. Leur écoute des ressentis et émotions des participants privilégiait le bien-être des résidentes et permettait à la stagiaire art-thérapeute de compléter ses informations portant sur l'observation. Cela faisait partie également de leurs objectifs en tant que psychologues. De plus, ils ont utilisé une fiche d'observation spécifique, différente de la fiche d'observation de l'art-thérapeute.

La détermination des objectifs psychologiques pour l'atelier d'art-thérapie et l'utilisation de la fiche d'observation spécifique ont permis de tracer la frontière entre le travail thérapeutique des deux stagiaires psychologues et celui de la stagiaire art-thérapeute. Mais la communication et les échanges entre les stagiaires étaient nécessaires pour déterminer leurs travaux thérapeutiques respectifs et assurer une coopération positive entre deux métiers différents. La stagiaire art-thérapeute a pu appliquer sa méthode de prise en charge et ses outils art-thérapeutiques : l'observation et la prise en charge, la stratégie art-thérapeutique, la fiche d'observation et le bilan évaluation en art-thérapie. La distinction du rôle de chacun était primordiale pour ne pas perturber le travail thérapeutique de la stagiaire art-thérapeute.

3. Le protocole de l'atelier d'art-thérapie permet d'avoir un ordre de prise en charge pour favoriser le déroulement des séances art-thérapeutiques.

Les deux stagiaires psychologues en tant que co-thérapeutes ont travaillé en permanence avec la stagiaire art-thérapeute dans l'atelier. Pour que l'équipe de soin puisse connaître cette nouvelle discipline, l'équipe de l'atelier a offert la possibilité à chaque membre d'assister à une séance lorsqu'ils le souhaitaient. Certaines aides soignantes et des stagiaires d'autres disciplines ont participé à une séance d'art-thérapie, les uns après les autres. La précision du rôle et de la fonction des différentes disciplines a été nécessaire pour éviter la confusion des prises en charge dans l'atelier d'art-thérapie. Il est donc très important qu'un protocole soit élaboré avant la mise en place d'un atelier d'art-thérapie.

Après la rencontre des deux stagiaires psychologues et la présentation du projet d'art-thérapie, le premier travail fait par l'équipe de l'atelier a donc été d'élaborer ce protocole qui allait permettre à l'équipe de soin de connaître clairement l'atelier d'art-thérapie et son fonctionnement. Lors des réunions de transmission, le protocole était très utile pour connaître l'ensemble des informations, la définition de l'art-thérapie, le thème de l'atelier, le déroulement des séances, jusqu'au projet complémentaire. Lors de leur participation à une séance, l'équipe de soin a pu utiliser le protocole pour connaître immédiatement le rôle et la fonction des différents intervenants.

En fin de compte, l'élaboration d'un protocole n'est pas obligatoire, et la méthode de prise en charge de chaque art-thérapeute peut être très variée. Mais, dans ce stage à la maison de retraite de Monconseil, le protocole élaboré a permis de favoriser l'intégration de l'atelier d'art-thérapie et le bon déroulement des séances, en particulier lorsque l'art-thérapie est inconnue, ou peu connue de

l'institution, et que l'atelier inclut la participation de certains membres de l'équipe de soin.

D. La continuation de l'atelier d'art-thérapie a été demandée par certains participants et leur famille, suite à la prise en charge et aux effets bénéfiques constatés chez les résidentes.

1. La présentation de l'atelier d'art-thérapie et les entretiens d'évaluation avec la psychologue ont permis d'éveiller l'intérêt des résidents, de leurs familles et de l'équipe de soin pour cette nouvelle discipline.

L'art-thérapie en tant que nouvelle discipline est intervenue dans le processus de soin de Monconseil. Pour la généraliser dans l'établissement et mettre en évidence sa spécificité dans l'équipe de soin, la présentation du projet a été très importante. La psychologue, en tant que responsable de la stagiaire art-thérapeute et superviseur de l'atelier, a accompagné la présentation de cet atelier auprès de l'équipe de soin, des résidents et de leurs familles. Cette présentation a fait connaître cette nouvelle discipline - l'art-thérapie - favorisant son intégration et la mise en place d'un atelier dans l'établissement. Ainsi, l'atelier d'art-thérapie a pu recevoir l'attention de l'équipe de soin et des familles des résidents pour le déroulement des séances et le résultat des prises en charge.

De plus, un entretien d'évaluation a été effectué en cours de prise en charge, par la psychologue. L'objectif de cet entretien avec une résidente et sa famille était de faire un bilan sur sa difficulté d'adaptation de vie en institution. La psychologue a présenté l'ensemble de l'amélioration. Ensuite, la stagiaire a présenté une évaluation positive de la prise en charge de cette résidente dans l'atelier d'art-thérapie: diminution de l'anxiété lors de l'activité artistique, ressenti des sensations et émotions provoquées par ses productions, ainsi que l'effet relationnel bénéfique du groupe sur elle. À la fin de cet entretien, la famille a posé des questions sur l'art-thérapie et le déroulement de l'atelier, et a exprimé aussi sa satisfaction sur l'effet positif constaté, demandant la continuité de la prise en charge.

Cet entretien a pu offrir à la stagiaire art-thérapeute l'opportunité de rencontrer la résidente et sa famille en dehors de l'atelier, pour expliquer en détail l'art-thérapie, le déroulement de l'atelier et l'évaluation de la résidente en relation avec les autres professionnels de la santé.

Ainsi, la présentation de l'atelier d'art-thérapie et l'entretien d'évaluation avec la psychologue a pu donner du poids à la stagiaire art-thérapeute, car elle a été soutenue par une profession clairement reconnue dans l'établissement.

2. Après les prises en charge, la continuation de l'atelier d'art-thérapie a été demandée par certains participants et leur famille, pour poursuivre les effets bénéfiques de l'art-thérapie chez ces résidentes.

La mise en place de l'atelier d'art-thérapie a permis aux résidents de Monconseil et à leurs familles de connaître ce nouveau type de prise en charge et l'originalité de cette thérapie. Les objectifs thérapeutiques, la disposition de l'atelier, la méthode de prise en charge ont souligné la spécificité de l'art-thérapie. Les résultats positifs de l'art-thérapie, après les prises en charge, ont abouti à la demande de certaines participantes et de leurs familles de la continuation des soins art-thérapeutiques, afin de poursuivre les effets bénéfiques constatés.

L'art-thérapie est une nouvelle intervention professionnelle au sein de la maison de retraite de Monconseil. Depuis le départ de la stagiaire art-thérapeute, il est difficile d'avoir un suivi individuel dans les autres activités, et cette question a été soulevée par la psychologue, le cadre de santé et la direction de l'établissement.

Depuis la fin de l'atelier, les six résidentes peuvent assister aux activités permanentes qui sont proposées par l'animatrice et certaines aide-soignantes, si elles le souhaitent. Ce sont des activités qui regroupent une dizaine de résidents. Etant donné que l'objectif et la disposition de l'activité sont différents de ceux de l'atelier d'art-thérapie, un suivi individuel n'est pas constaté. Certaines résidentes ont pu participer aux autres activités, mais les résidentes qui ont suivi l'atelier d'art-thérapie ont perdu certains des effets bénéfiques, et des symptômes comme l'anxiété et l'état dépressif sont apparus de nouveau.

Tout cela révèle l'intérêt de l'intervention de l'art-thérapie, et se pose en faveur de l'installation permanente d'un atelier d'art-thérapie dans la maison de retraite. En plus d'atteindre des objectifs thérapeutiques, un tel atelier permanent permettra d'avoir un suivi individuel des patients, et de les prendre en charge en cas de besoin.

Ainsi, un atelier d'art-thérapie peut compléter le processus de soin et permet une coopération entre l'art-thérapeute et les autres professionnels pour le transfert des patients dans les autres activités permanentes.

CONCLUSION

Ayant analysé théoriquement l'originalité de l'art-thérapie, les spécificités des arts plastiques face aux pathologies et pénalités des personnes âgées dépendantes placées en institution, la pratique de l'art-thérapie à dominante arts plastiques dans la maison de retraite Monconseil, a montré un résultat positif lors de la mise en place d'un atelier, et des effets bénéfiques auprès de six personnes âgées désorientées.

Au travers des fiches d'observation et du bilan d'évaluation établis, les effets bénéfiques pour les participantes ont été nettement constatés, le processus évolutif pour chacune étant différent, notamment dans les deux études de cas citées. Ainsi, le potentiel thérapeutique de l'Art pour l'amélioration de la qualité existentielle des personnes âgées désorientées en EHPAD a été démontré par cette expérience professionnelle, par exemple : renforcement de la confiance en soi, restauration de l'estime de soi, diminution de l'anxiété et de l'état dépressif, etc... De plus, le résultat positif de cette expérience a révélé des facteurs indispensables lors de la mise en place et de l'intégration de cet atelier d'art-thérapie : la préoccupation de la responsable du stage et du cadre de santé, l'attention de la direction de l'établissement, la collaboration entre les deux professions, le soutien de l'équipe de soin, etc...

En effet, l'art-thérapie est encore une discipline récente qui est née au milieu du 20^e siècle. L'étude portant sur l'utilisation du potentiel artistique dans un but thérapeutique et humanitaire n'est encore que la partie émergée de l'iceberg. Deux années de formation professionnelle m'ont permis d'acquérir des connaissances et des outils spécifiques pour exploiter la méthodologie à aborder auprès des personnes prises en charge pendant mon stage pratique. En tant que discipline paramédicale, l'intérêt apporté à l'intervention de l'art-thérapie en milieu médical n'est qu'un point de départ pour l'exploitation des potentiels thérapeutiques de l'Art et pour la recherche professionnelle dans le futur. C'est ce qui est démontré par les arguments théoriques, pratiques et critiques de ce mémoire.

Avec l'évolution de la société humaine, la prise de conscience des professionnels face à la prise en charge des personnes âgées a évolué, notamment au sein des pays développés. Aujourd'hui, nous parlons de plus en plus de bienveillance et d'humanité en maison de retraite, surtout pour les personnes âgées dépendantes. La prise en charge n'est plus limitée au mode proche de l'automatisme, le genre "tu as faim, je te donne à manger". Beaucoup de nouveaux métiers, nés dans ces dernières décennies, tels les psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes ou ergothérapeutes, etc..., sont devenus incontournables aujourd'hui dans les établissements médicaux et paramédicaux. L'organisation des soins vise principalement à répondre aux besoins des patients âgés, dans le respect de leur dignité, leur histoire de vie, leur personnalité et leur sensibilité en tant que personne à part entière. Aussi, l'art-thérapie en tant que manière de prise en charge originale est en train d'être acceptée et reconnue dans les maisons de retraite, mais aussi dans d'autres types d'établissements. L'art-thérapeute doit avoir un esprit de recherche pour mettre en évidence l'efficacité de l'art-thérapie pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes en institution. Car c'est une discipline qui est en train de se développer, et chaque cas de prise en charge a sa singularité.

Enfin, je garde de merveilleux souvenirs de ma pratique de l'art-thérapie au cours de mon stage, cela

m'a permis de découvrir la puissance de l'Art sous son aspect thérapeutique et humanitaire. Cela a aidé des personnes âgées qui souffraient de perte d'autonomie, d'anxiété ou d'état dépressif, à revoir le soleil dans leur vie, lorsqu'elles s'épanouissaient dans leur activité artistique, au travers de leurs propres productions artistiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAPHILIPP Daniel, FONTAINE Roger, PERSONNE Michel**, *Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2007
- ANDRÉ Christophe**, *Imparfaits, libres et heureux'affirmation de soi*, Paris, Odile Jacob, 2009
- ANDRÉ Christophe, LELORD François**, *L'estime de soi*, Paris, Odile Jacob, 1999
- BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, PRANCHÈRE Jean-Yves**, *Esthétique (précédée des) Méditations philosophiques sur quelques sujets se rapportant à l'essence du poème (et de la) Métaphysique*, Paris, L'herne, 1988
- Collection l'année gérontologique**, *Le vieillissement réussi*, Paris, Serdi, 1997
- Collection des universités de France**, *Anthologie grecque (Deuxième partie) Anthologie de planude (Tome XIII)*, Paris, Les belles lettres, 1980, P. 174.
- DAVALLON Jean**, *L'exposition à l'oeuvre Stratégies de communication et médiation symbolique*, Paris, L'harmattan, 1999
- DUJARDIN Kathy, LEMAIRE Patrick**, *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Issy-Les-Moulineaux, Masson, 2008
- Fondation Eisai**, *penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, Pus, 2006
- FORESTIER Richard**, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Lausanne, Favre, 2011
- FORESTIER Richard**, *Tout savoir sur l'art occidental*, Lausanne, Favre, 2004
- FORESTIER Richard**, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 2009
- JULLINE François**, *Les transformations silencieuses*, Paris, Grasset, 2009
- KANT Emmanuel**, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Gallimard, 1989
- Laboratoire REsSEN**, *Réfléchir [sur] la sensation*, Paris, Eac, 2011
- L'atelier d'esthétique**, *Esthétique et philosophie de l'art*, Bruxelles, De Boeck, 2002
- LIPPS Theodor**, *Ästhetik. Psychologie des Schönen und der Kunst*, Leipzig, Voss, 1923
- MORANA Cyril, OUDIN Eric**, *Petite philosophie des grandes idées, L'art, de Platon à Deleuze*, Paris, Eyrolles, 2010
- THIÉBAUD Danielle**, *Les personnes âgées et la désorientation*, Issy-Les-Moulineaux, Esf, 2000
- SCHENK, LEUBA, BÜLA**, *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer*, Bruxelles, De Boeck, 2004
- WILLIAMS Robert**, *Art theory: an historical introduction second edition*, Oxford, Wiley-Blackwell, 2009

ANNEXE 1

figure A

1 - Répartition de la population âgée de 60 ans ou plus par déficience déclarée

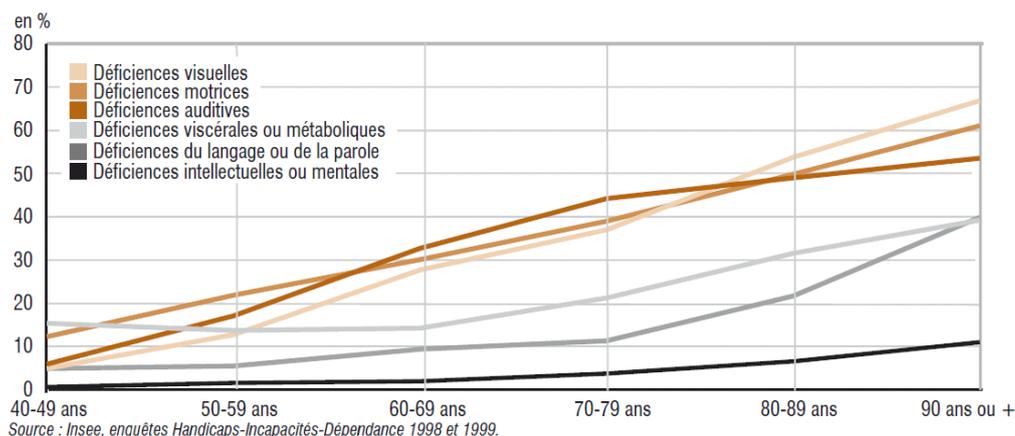
Personnes avec :	Domicile		Institution		Total	
	Effectif (milliers)	en %	Effectif (milliers)	en %	Effectif (milliers)	en %
Déficiences motrices	1 464,4	12,6	32,9	6,8	1 497,3	12,4
Déficiences visuelles	274,8	2,4	4,2	0,9	279,0	2,3
Déficiences auditives	950,6	8,2	10	2,1	960,6	8,0
Déficiences du langage ou de la parole	13,3	0,1	0,7	0,1	14,0	0,1
Déficiences viscérales ou métaboliques*	676,8	5,8	15,9	3,3	692,7	5,7
Déficiences intellectuelles ou mentales	242,6	2,1	31,4	6,5	274,0	2,3
Pluridéficiences physiques	2 586,7	22,3	142,7	29,5	2 729,4	22,6
Déficiences physiques et mentales	1 030,1	8,9	226	46,7	1 256,1	10,4
Déficiences autres et/ou indéterminées	1 353,4	11,7	11,7	2,4	1 365,1	11,3
Total des personnes de 60 ans ou plus avec déficiences	8 592,7	74,2	475,5	98,3	9 068,2	75,1
Ensemble des personnes de 60 ans ou plus	11 585,6	100,0	483,8	100,0	12 069,4	100,0

* cardiovasculaires, respiratoires, rénales,...

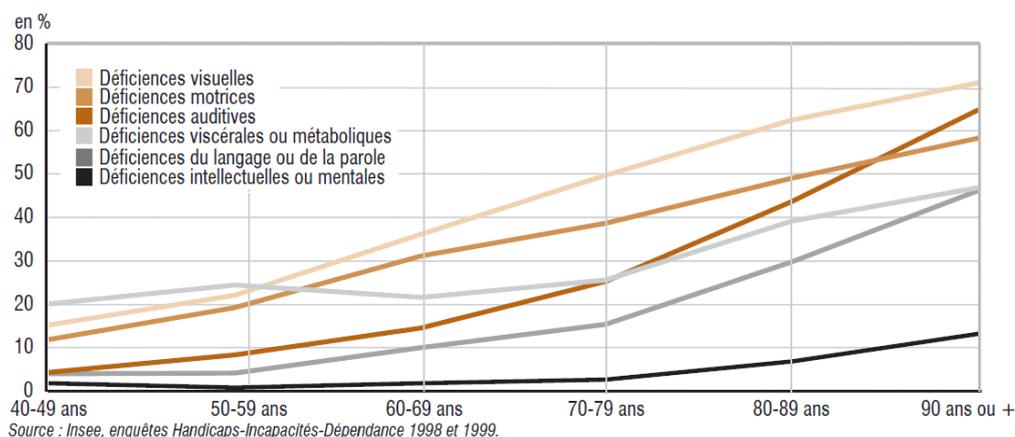
Champ : la population observée est celle des 60 ans ou plus, car 60 ans est l'âge à partir duquel on peut prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en cas d'incapacité avérée.

Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998 et 1999.

2 - Taux de prévalence masculin des déficiences déclarées selon l'âge et le type

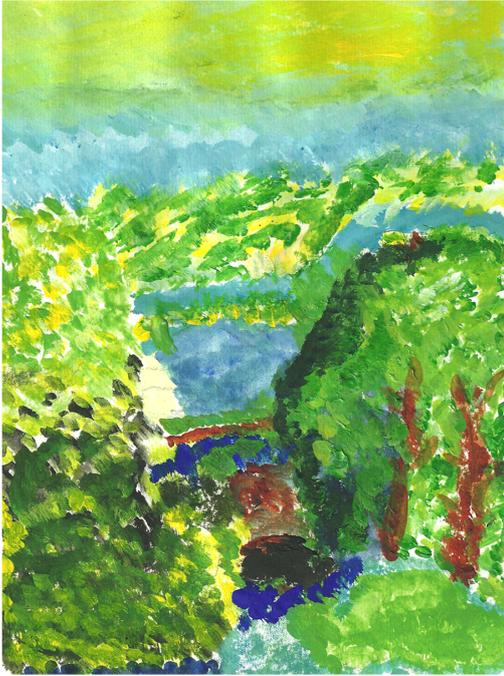


3 - Taux de prévalence féminin des déficiences déclarées selon l'âge et le type



ANNEXE 2

Les productions artistiques de Mme A et Mme C



Mme A..



Mme C..

ANNEXE 3

Les photos de stage à la maison de retraite Monconseil



*Si l'herbe est agitée
ou n'est pas assez haute,
j'y roulerai pour toi
la Maison du Berger.*



Les productions artistiques

UNIVERSITÉ FRANÇOIS REBELAIS

UFR DE MÉDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

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

Soutenu le: 2012

Par: LIU Shuo

Titre: L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut aider les personnes âgées désorientées en institution à améliorer la qualité existentielle

Résumé: La désorientation se retrouve dans presque toutes les démences dégénératives. Les diverses déficiences physiques et mentales provoquent une perte d'autonomie en associant l'anxiété et l'état dépressif, altérant gravement leur qualité existentielle. En analysant l'originalité de l'art-thérapie et les spécificités des arts plastiques face aux pénalités de personnes âgées désorientées, ce mémoire aussi présente un atelier d'art-thérapie qui a été mis en place au cours d'un stage pratique au sein d'EHPAD Monconseil. La prise en charge était individuellement, pour exploiter et entraîner les capacités résiduelles de six personnes âgées désorientées dans un atelier commun. Les résultats positifs observés chez les résidentes révèlent tout l'intérêt d'une co-thérapie et l'importance d'une coopération pluridisciplinaire.

Mots clés: personne âgée désorientée, art-thérapie à dominante arts plastiques, qualité existentielle, prise en charge individuelle en groupe, co-thérapie.

Resume: The Disorientation appears in almost all degenerative dementias. Various physical and mental disabilities lead to a loss of autonomy, often accompanying depressive state and anxiety, severely impairing their existential quality. By analyzing the uniqueness of art therapy and the specialty of Plastic arts to face disorientated elderly's sufferings, this memore also presents that art therapy workshop was established in the nursing home of Monconseil during the internship. The treatment, although individualy is to explore and maintain residual capability in group of six; disorientated elderly in the workshop. The positive results reveal the interest of co-therapy and the importance of multidisciplinary cooperation.

key words: disorientated elderly, art therapy dominated by plastic arts, existential quality, individual treatment in group, co-therapy