Numéro

Note

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

UFR DE MEDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Application des Techniques Artistiques en

Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN E.H.P.A.D

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire

d'Art-thérapie

De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par **Maïté PAGOLA**

Année 2012

Sous la direction de
TOSELLI Anne
Médecin Coordonnateur
E.H.P.A.D. Goxa Leku

Lieu de stage
E.H.P.A.D. Goxa Leku
64640 IHOLDY

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

UFR DE MEDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Application des Techniques Artistiques en

Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN E.H.P.A.D

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire

d'Art-thérapie

De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par **Maïté PAGOLA**

Année 2012

Sous la direction de
TOSELLI Anne
Médecin Coordonnateur
E.H.P.A.D. Goxa Leku

Lieu de stage
E.H.P.A.D. Goxa Leku
64640 IHOLDY

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

Tout particulièrement les résidants de l'E.H.P.A.D. Goxa Leku,

Le personnel de l'E.H.P.A.D. Goxa Leku

Ma directrice de mémoire le docteur Toselli Anne

M. Forestier Richard, Directeur de cette formation.

PLAN

REMERCIEMENTS 1
PLAN 2
GLOSSAIRE 8
INTRODUCTION 11

Première partie :
SI LE VIEILLISSEMENT EST UN PHENOMENE NORMAL, CETTE PERIODE DE VIE EST DIFFEREMMENT VECUE PAR CHACUN ET CERTAINS RESIDENTS D'UN EHPAD PEUVENT ETRE PENALISES ET PERDRE L'ENVIE, LE PLAISIR DE VIVRE

A. Le vieillissement peut induire des pénalités. 12

1. Le vieillissement est un processus normal. 12
a) Le vieillissement est un processus physiologique qui s'instaure dès la naissance. 12
b) Mais, il entraine des remaniements identitaires et sociaux. 12
c) Les effets du vieillissement peuvent diminuer l'estime et la confiance en soi. 13

2. Le vieillissement peut être pathologique : on parle alors de sénilité. 13
a) Certaines personnes âgées sont atteintes de démence. 13
b) Certaines personnes âgées sont atteintes de la maladie de Parkinson. 14
c) Certaines personnes souffrent aussi de dépression. 15

3. En outre, des blessures de vie peuvent se surajouter à la souffrance occasionnée par ces différentes pathologies. 15

4. Toutes ces pénalités induisent une dépendance. 15
a) La dépendance diffère de l'autonomie. 15
b) La dépendance diminue les occasions d'expérimenter des gratifications sensorielles. 16
c) La dépendance instaurée par les pathologies amoindrit les capacités d'expression, de communication et de relation ce qui engendre un repli sur soi. 17
d) L'entrée en institution est une réponse à la dépendance, mais c'est une étape difficile à négocier. 17

B. L'Art peut offrir un espace d'expression, de communication et de relation. 18

1. Pour tout être humain, l'expression, la communication et la relation sont nécessaires à l'épanouissement et au maintien de la qualité de vie. 18

2. L'Art est une activité humaine volontaire dirigée vers l'esthétique. 19

a) L'Art est connu par ses œuvres d'art. 19

b) L'Art est une modalité particulière de l'expression humaine. 19

c) L'Art implique le corps dans sa globalité, favorisant une interaction entre le corps physique et l'activité mentale. 20

d) L'œuvre d'Art a des particularités : elle combine un fond et une forme dont l'équilibre permet d'atteindre un idéal esthétique. 21

e) L'Art permet de valoriser un goût, un style, et un engagement. 21

f) L'Art favorise la communication et la relation. 21

g) L'Art peut avoir des effets cathartiques, éducatifs et un pouvoir d'entrainement. 22

3. L'Art plastique correspond à une activité spécifique de l'Art. 22

a) L'Art plastique se définit par des techniques spécifiques. 22

b) La particularité de l'Art plastique est d'instaurer une coupure entre l'action, la production et l'exposition. 23

c) L'Art plastique se caractérise par la matérialité des œuvres produites, ce qui induit une expérience esthétique chez le producteur ou le contemplateur. 23

d) Cette matérialité permet une transmission qui excède la durée de vie du concepteur de l'œuvre. 24

C. L'art-thérapie peut exploiter les spécificités de l'Art plastique pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. 24

1. L'art-thérapie vise le rétablissement ou l'amélioration de l'épanouissement de l'être humain et de son autonomie. 24

2. L'art-thérapie va exploiter l'Art plastique en tant que modalité particulière d'expression, afin d'encourager celle-ci, ainsi que la communication et la relation dans le but de conforter l'affirmation de soi. 25

3. L'art-thérapie à dominante arts plastiques, par l'exploitation du style, va rechercher un accroissement de la confiance chez la personne âgée dépendante. ... 25

4. L'art-thérapie à dominante arts plastiques sera susceptible de restaurer l'estime de soi.
…… 26

5. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut rassurer en offrant l'occasion de réaliser des œuvres qui existent. 27

Deuxième partie :

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE EST PROPOSEE A PLUSIEURS RESIDENTS DE L'EHPAD GOXA LEKU

A. L'EHPAD Goxa Leku est un établissement pour personnes âgées dépendantes en milieu rural et à taille humaine. 28

B. Des séances d'art-thérapie sont proposées. 28

1. L'art-thérapeute met en place une méthode et des outils qui lui sont propres pour optimiser les effets de ses prises en charge et contribuer à une réponse individualisée..... 28

2. L'atelier est mis en place. 30

C. Les études de cas correspondant aux prises en charge sont présentées..... 30

1. Monsieur P. a bénéficié d'une prise en charge individuelle en art-thérapie. . 30

a) L'anamnèse de monsieur P. révèle une apathie et un manque d'implication dans son nouveau lieu de vie. 30

b) Une stratégie thérapeutique est établie afin de lutter contre son apathie et lui permettre d'investir son lieu de vie. Elle exploitera les arts plastiques et visera l'amélioration de la confiance, de l'affirmation, de l'estime. 31

c) Les temps représentatifs des 14 séancesindividuelles sont décrits..... 31

d) Afin d'évaluer les progrès de monsieur P., nous sélectionnons des items d'observation concernant son comportement en séance et présentons les résultats graphiquement. 33

e) Le bilan de prise en charge de monsieur P. est effectué..... 37

2. Madame E. bénéficie d'une prise en charge individuelle en art-thérapie..... 38

a) Nous présentons l'anamnèse de Madame E. 38

b) Comme le révèle l'état de base, madame E. est pénalisée à plusieurs titres : elle présente des troubles du comportement et des troubles cognitifs qui limitent l'expression, la communication et la relation. 38

c) La prise de connaissance de son histoire de vie et son état de base nous conduit à établir une stratégie thérapeutique dont l'objectif principal est d'induire un bien-être. ... 39

d) La stratégie thérapeutique adoptée pour atteindre ces objectifs exploitera dans un premier temps les arts plastiques, le chant et la musique dans un second temps. 39

e) Madame E. bénéficie de treize séances individuelles en art-thérapie. 40

f) Afin de mesurer l'impact des séances sur le bien-être de madame E., nous allons évaluer l'évolution de son humeur, de ses capacités esthétiques et de ses capacités relationnelles. 43

g) Nous établissons un bilan de prise en charge au regard des objectifs de départ et des résultats obtenus. 47

3. Mme B, résidente de l'EHPAD bénéficie d'une prise en charge en art-thérapie 48

a) Nous présentons l'anamnèse de Mme B., née en 1934. 48

b) L'état de base de madame B. souligne une baisse de l'estime de soi occasionnée par une maladie de Parkinson. 48

c) Une stratégie thérapeutique exploitant arts plastiques et arts du langage est mise en place afin de restaurer l'estime de soi de madame B. 49

d) Madame B. bénéficie de onze séances individuelles, le matin, à raison d'une fois par semaine, dont suit ci-après le descriptif. 50

e) Les séances donnent lieu à des évaluations de son estime, de la confiance et de l'affirmation de soi. 52

f) Le bilan de la prise en charge et les évaluations soulignent l'amélioration de l'estime de Mme B. mais une stagnation de la maitrise motrice. 58

Troisième partie :

L'EXPLOITATION DES ARTS PLASTIQUES LORS DE LA PRISE EN CHARGE EN ART-THERAPIE PEUT S'AVERER BENEFIQUE POUR LES PERSONNES AGEES PENALISEES ACCUEILLIES EN E.H.P.A.D AFIN DE RESTAURER L'ELAN, LA MOTIVATION ET SUSCITER L'EXPRESSION, LA COMMUNICATION ET LA RELATION. NEANMOINS ELLE COMPORTE AUSSI DES LIMITES AUXQUELLES D'AUTRES PRATIQUES COMPLEMENTAIRES PEUVENT PALLIER

A. Des spécificités des arts plastiques présentent des avantages et peuvent être exploitées au bénéfice du bien-être et de la motivation des patients. 59

1. Les arts plastiques permettent de sécuriser le patient. 59

a) La maîtrise technique n'est pas un préalable à l'obtention d'une qualité esthétique de la production. 59

b) L'imitation peut-être le point de départ facilitateur d'une production. 60

c) Une production est modifiable au fil du temps et ne sera visible qu'à l'étape choisie par le patient. 61

d) Contrairement à la pratique théâtrale ou à la danse, les arts plastiques permettent d'exposer les œuvres du patient, valorisantes, sans que celui-ci n'ait à s'exposer lui-même. 61

2. Les arts plastiques enrichissent les impressions des patients, qui motivent à leur tour l'expression. 61

a) Pour certains patients, la contemplation de formes, de couleurs et matières pallie un quotidien en milieu clos. 61

b) Ces gratifications sensorielles peuvent favoriser la communication et l'affirmation de goûts, et par là l'affirmation de soi et de sa personnalité. 62

c) Les impressions peuvent donner le désir de s'exprimer et produire à son tour. 62

d) Les productions engagent le style et la confiance du patient. 62

3. Un gain de confiance et d'affirmation s'accompagne d'une revalorisation de l'estime. Ils permettent de retrouver une place au sein dans la communauté humaine et dans l'espace. 63

a) Les « œuvres » réalisées témoignent et préservent la mémoire des réussites aux yeux du patient. 63

b) Ayant gagné en confiance, le patient pourra soumettre son travail au traitement mondain dans l'enceinte de l'E.H.P.A.D., ce qui confortera son estime. 63

c) L'exposition permet de relancer la communication et la relation au sein de l'E.H.P.A.D. 63

d) Les œuvres permettent aussi de s'approprier un espace. 64

4. Bien que traditionnellement qualifiés d'art de l'espace, les arts plastiques peuvent aussi aider certains patient à se projeter dans le temps d'un projet et dans l'avenir. 64

a) Lors du temps de la séance, le patient peut se fixer un but en termes de réalisation. 64

b) Le travail en cours peut s'envisager dans la durée, ce qui suppose efforts et persévérance et contribue à donner du sens au temps passé dans l'E.H.P.A.D. 64

c) Au-delà de son temps propre du temps et du temps du faire, le patient peut transmettre son travail aux autres générations de sa famille, confortant le sentiment d'exister. 65

B. L'exploitation des arts plastiques peut parfois présenter des inconvénients ou des limites auxquelles d'autres pratiques peuvent pallier. 65

1. Les gratifications sensorielles dominantes des arts plastiques sont principalement visuelles et tactiles ce qui limite la variété des impressions du patient. 65

a) L'exploitation des arts plastiques est contre-indiquée lorsque le patient présente une déficience conjointe des organes récepteurs de la vue et du toucher. 65

b) L'exploitation des arts plastiques nécessite un goût du patient pour les formes, les couleurs ou le contact avec la matière. 65

c) L'art-thérapeute peut vouloir induire des gratifications sensorielles que les arts plastiques à eux seuls ne permettent pas d'atteindre. 65

d) La musique procure au patient des gratifications complémentaires et spécifiques. 66

2. Au niveau de l'action, s'inspirer d'un modèle, que celui-ci soit une œuvre d'artiste ou une représentation issue de son imaginaire, peut aider le patient mais aussi le mettre en difficulté, et avoir un effet négatif sur la motivation et l'estime. 66

a) Utiliser une technique trop exigeante au regard des possibilités peut également générer une frustration. 66

b) Le souci de fidélité à un idéal esthétique trop élevé peut nuire à la confiance et à l'estime du patient. 66

3. Les arts plastiques sollicitent la motricité fine, ce qui peut être inadapté aux capacités du patient et risque de réduire les possibilités d'expression : retour sur le cas de madame B. 67

a) L'utilisation des arts plastiques dans le cas de madame B. a une portée réelle mais limitée 67

b) Les arts du langage offrent une complémentarité bénéfique 67

4. Dans l'exploitation des arts plastiques, le travail de l'image du corps et de la perception corporelle est indirect. 68

a) Les arts plastiques distinguent l'œuvre du producteur. 68

b) A contrario, les arts corporels ont pour préoccupation première un travail du ressenti et de la structure corporelle. 68

c) La danse aurait pu être exploitée dans la prise en charge de madame B. 69

5. Dans l'utilisation des arts plastiques, le temps de l'action est plutôt solitaire et la relation est tributaire de la production. 69

a) Les arts plastiques correspondent à une activité solitaire. 69

b) En Art plastique, c'est l'œuvre qui s'expose et favorise la relation aux autres. 69

c) A la différence des arts plastiques, les arts corporels comme la danse ou le théâtre, impliquent plus directement la communication ou la relation. 69

d) La musique instaure elle aussi d'emblée une relation y compris au cours de prises en charge individuelles. 70

C. Tableau récapitulatif des aspects bénéfiques et des limites de l'exploitation des arts plastiques en art-thérapie auprès de personnes âgées dépendantes 71

CONCLUSION 72

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 73

Annexe 1 : Echelle de la hiérarchie des besoins de l'être humain selon Maslow 75

Annexe 2 : Classement du degré de dépendance de la personne âgée selon la grille AGGIR, Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources 76

GLOSSAIRE

Akinésie : retard à l'initiation du geste propre à la maladie de Parkinson ; c'est-à-dire : « allongement du délai entre la volonté de réaliser un mouvement et le début de son exécution » selon le Professeur Pollak. L'akinésie s'accompagne de dyskinésie, qui correspond à des mouvements musculaires incontrôlés.
Professeur Pollak, *La maladie de Parkinson*, p.15, Odile Jacob, 2000.

Apathie : globalement, c'est un trouble de la motivation. Il est caractérisé par une réduction des activités intentionnelles. Il se traduit par des manifestations cognitives, comme la diminution d'intérêt pour les activités sociales ou personnelles ainsi qu'un manque d'initiative et de persévérance. A ces traits s'ajoute un émoussement affectif.
L'apathie s'impose à la personne, qui subit les situations comme si elle ne pouvait pas exercer sa volonté.
L'apathie peut apparaître chez un sujet normal, comme dans le cadre d'une pathologie.
Elle se manifeste par exemple chez la personne dépressive ou dans les démences.
Dans la dépression, qui est principalement un trouble de l'humeur, le patient a perdu la recherche des aspects positifs de l'existence, mais se montre sensible aux situations négatives.
Par contre, lorsque l'apathie apparaît au premier plan, sans autre pathologie associée, le patient n'accorde plus d'intérêt ni aux aspects négatifs ni aux aspects positifs de l'existence.

« Le concept d'apathie : intérêt et limites », article rédigé par Christian Derouesné, In. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, Numéro 1, pp.19-28, mars 2004.
Disponible en ligne à l'adresse :
« http:// www.john-libbey-eurotext.fr/fr/print/e-docs/00/03/FF/93/article.phtml »

Autonomie et dépendance : l'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même ; cela présuppose une capacité de jugement (prévoir et choisir) et la liberté du choix résultant du jugement. Le choix doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs, être adapté à la situation, à l'environnent et aux règles de vie. L'autonomie correspond au « vouloir », qui est la conceptualisation de l'action.
La dépendance est l'incapacité totale ou partielle à réaliser seul les actes de la vie quotidienne.
L'indépendance équivaut à « pouvoir », à la réalisation d'une action.
Les deux concepts sont complémentaires, centrés sur les capacités d'action de l'individu et sur les relations qu'entretient cet individu avec son environnement.
Concepts définis dans l'article « Vieillesse, définitions et concepts », sur le site :
« http:// www. univ-angers.fr. »

Cognitif : « tout ce qui relève des processus permettant à un organisme d'acquérir des informations sur soi-même et sur son environnement et d'établir des attitudes et des comportements. ». Ce concept englobe : la perception, la formation de concepts, le raisonnement, les procédures de décision, la mémorisation, le langage.
Définition de F. Rexand-Galais, *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, p.33, Editions Vuibert, 2003.

Dépersonnalisation : Définie par le DSM-IV comme « une expérience prolongée et répétée d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être un observateur extérieur de son propre corps. (…). [Parallèlement peut s'instaurer] le sentiment que le monde extérieur est étrange et irréel. » « Les théories neurobiologistes suggèrent, à l'origine de la dépersonnalisation, l'hypothèse d'un dysfonctionnement d'un mécanisme adaptatif à une

situation de danger vital. » Ce trouble peut être associé à une pathologie ou des troubles anxieux, ou peut survenir à la suite d'un choc ou stress violent, tel un accident de la route par exemple. Il provoque « (…) une altération des sentiments d'être et d'avoir un corps, d'être une personne ayant une identité(…). »
La dépersonnalisation engendre un sentiment de vide intérieur, une perte de volonté, parfois la disparition des émotions. Il arrive aussi que la personne ne reconnaisse plus son propre visage. Il entraine une altération du fonctionnement social.
Luauté J.P., Saladini O., « La dépersonnalisation », in. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 37.125.A.10, consultable à l'adresse :
« http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/s%C3%A9miologie/Depersonnalisation.pdf. »

Esthétique : L'esthétique, définie depuis Baumgarten au XVIII° siècle comme science du beau, correspond à une réflexion sur l'être humain, sujet sensible à la beauté.
L'esthétique s'appuie sur l'esthésie, domaine physiologique de la sensibilité.
Voir à ce sujet FORESTIER Richard, *Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique*, Editions See You Soon On The Moon, Paris, 2006, p.20.

L'expérience esthétique a pour origine la sensation, qui elle-même génère un plaisir spécifique et un sentiment esthétique au contact de la beauté.

« Dans le sentiment esthétique, quelque chose qui peut être perçu par les sens se donne à moi sous la forme d'une expérience vécue globale et enrichissante. (…)Tout naît ainsi du rapport singulier d'un sujet à quelque chose qui le touche, qu'il trouve beau, ou qu'il juge être de l'art. (…) ». « (…) Il va de soi que le mot « beauté » n'est pas entendu ici au sens canonique de la beauté classique, mais comme ce qui est capable de déclencher chez le sujet une forme d'expérience esthétique. (…)En ce sens- là, si on l'accepte, même le non-beau peut être « beau » (…). »
SAUVANET Pierre, *Eléments d'esthétique*, collection Domaines philosophiques, Editions Ellipses, 2004, pp.18-19.

Estime de soi : Concept inclus dans l'échelle de la hiérarchie des besoins universels de Maslow, qui est représentée schématiquement par une pyramide.
A la base correspond le besoin de maintien de la vie (faim, soif, sexualité, évitement de la douleur). Au-dessus sont décrits les besoins de protection et de sécurité (propriété et maitrise sur les choses, emploi, se sentir en sécurité, faire confiance à). Au troisième niveau apparaissent le besoin d'amour, d'appartenance (être aimé, écouté, compris. Estime des autres ; faire partie d'un groupe, avoir un statut). Figurent au quatrième niveau le besoin d'estime de soi (sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur, conserver son autonomie, son identité). Enfin au cinquième niveau s'inscrit le besoin de réalisation de soi (développer ses connaissances, ses valeurs, créer, résoudre des problèmes complexes).

Hypertonie : insuffisance du relâchement musculaire engendrant rigidité, tensions et douleurs, selon P. Pollak, *La maladie de Parkinson*, p.18, Odile Jacob, 2000.

Imagination : « 1. Faculté de se représenter par l'esprit des objets ou des faits irréels ou jamais perçus, de restituer à la mémoire des perceptions ou des expériences antérieures (…). 2. Faculté d'inventer, de créer ou de concevoir. (…) »
Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, 1997.

Kinesthésie : « nf. du grec, *kinein*, se mouvoir, et *aisthêsis*, sensation. Perception consciente de la position et des mouvements des différentes parties du corps. » (Dictionnaire *Le Petit Larousse*).

Palilalie : selon P. Pollak, faux départs de la parole, sortes de bégaiements associés à une voix monotone**,** *La maladie de Parkinson*, p.7, Odile Jacob, 2000.

Perception : « la prise de conscience sensorielle d'objets ou d'événements extérieurs qui ont donné naissance à des sensations plus ou moins nombreuses et complexes. »
H. Piéron, Vocabulaire de psychanalyse, PUF, 1951, cité par F. Rexand-Galais, *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, p.26, édition Vuibert, 2003.

Proprioception : «nf. Sensibilité propre aux os, aux muscles, aux tendons et aux articulations et qui renseigne sur la statique, l'équilibration, le déplacement du corps dans l'espace. » (Dictionnaire *Le Petit Larousse*).

Qualité de vie : concept qui vise à décrire les « aptitudes d'un individu à fonctionner dans un environnement donné et à en tirer satisfaction. » Concept défini dans l'article « Vieillesse, définitions et concepts », sur le site : « http:// www. univ-angers.fr. »

Plus précisément, le WHOQOL, *World Health Organisation Quality Of Life*, définit la qualité de vie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et cela en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » Cette perception subjective dépend de nombreux paramètres : la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses liens sociaux, sa relation aux éléments essentiels à son environnement.
(Définition consultable dans la brochure *« Bien vieillir, évaluation et perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres de prévention AGIRC-ARRCO »*, p.50).

Santé : « Etat de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Concept défini en 1946 par l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, cité dans l'article « Vieillesse, définitions et concepts », sur le site :
« http:// www. univ-angers.fr »

Sensation : « Phénomène psychophysiologique par lequel une stimulation externe ou interne a un effet modificateur spécifique sur l'être vivant et conscient; état ou changement d'état ainsi provoqué, à prédominance affective (plaisir, douleur) ou représentative (perception). (…)
Sensations externes et internes (esthésie). Sensations auditives, olfactives, tactiles, visuelles. Sensations thermiques. Sensation de brûlure, d'étouffement, de vertige.
(Début XIIe) Faculté d'éprouver les impressions que font les objets matériels, correspondant à un organe récepteur spécifique. (…). »
Définition du dictionnaire *Le Robert*, édition numérique 2010.

Sensibilité : « 1. Propriété (d'un être vivant, d'un organe) d'être informé des modifications du milieu (extérieur ou intérieur) et d'y réagir par des sensations. Esthésie, excitabilité, réceptivité, sensation. Sensibilité tactile ou extéroceptive, viscérale ou intéroceptive, proprioceptive. (…). »
2. « Propriété de l'être humain sensible traditionnellement distinguée de l'intelligence et de la volonté, affectivité, cœur(…) ; *Une sensibilité à fleur de peau. La sensibilité de l'artiste. »*
Définition du dictionnaire *Le Robert*, édition numérique 2010.

Introduction

Le vieillissement de la population des pays développés est en constante augmentation. La prise en charge des personnes âgées est un enjeu majeur de société.
Les progrès de la médecine ne cessent d'accroitre l'espérance de vie, éloignant la survenue de la mort. Cependant si les pathologies sont de mieux en mieux traitées sur le plan médical, quant est-il du bien vieillir ?
Cette vision de la santé comme absence de maladie tend à être remise en question. Il ne suffit pas de réparer les organes pour que l'être humain se sente heureux. Apparaît désormais la préoccupation de prendre en charge la personne dans sa globalité, en tenant compte aussi de sa qualité de vie et de son bien-être afin que le vieillissement soit le plus optimal possible.
Le concept de « qualité de vie » est défini selon l'O.M.S, Organisation Mondiale de la Santé, comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ».

Les personnes âgées subissent divers effets du vieillissement, ralentissement moteur, sensoriel, mental, affectif. Des changements de statut social, des relations familiales, amicales et sociales supposent des réaménagements identitaires. Ce processus, bien que normal, nécessite une réadaptation, à soi, aux autres et à l'environnement. A ces modifications peuvent s'ajouter des pénalités, blessures de vie, démence, maladie de Parkinson, dépression, qui vont encore nuire à leur équilibre. Elles entrainent une souffrance, une altération de la qualité de vie, du bien-être et peuvent limiter la motivation, l'élan et le plaisir de vivre. C'est ainsi que la personne âgée peut devenir dépendante.
La société se transformant au niveau de la famille (éloignement géographique, éclatement des familles…), de plus en plus de personnes âgées choisissent d'intégrer un E.H.P.A.D., Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes.

La mission première de ces établissements est de préserver l'autonomie de la personne, dans le respect de la personne, de ses convictions, de ses choix et désirs. C'est pour ce motif que sont établis les « projets de vie » de résidents. Ils établissent la ligne directrice que doivent suivre les professionnels médicaux et paramédicaux afin d'assurer une prise en charge la plus en adéquation possible avec les souhaits de la personne accueillie. Le résident lui-même est le premier interlocuteur à être interrogé. A ce projet sont associés tous les intervenants qui gravitent autour de la personne âgée : kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, aides-soignants, infirmiers, etc.

L'art-thérapie peut être elle aussi associée aux soins dont bénéficie le résident.
L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. Elle vise à aider la personne à dépasser les pénalités et les souffrances qui peuvent nuire à son autonomie à sa qualité de vie et à son bien-être. Sa finalité est d'aider les patients souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Elle cherche à améliorer son affirmation, sa confiance et son estime.

Afin d'approfondir cette présentation, nous allons ici rendre compte d'une expérience personnelle d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées dépendantes.

Dans un premier temps nous allons présenter le public rencontré en E.H.P.A.D. et les pénalités qui peuvent altérer son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être. Nous allons aussi présenter les moyens utilisés par l'art-thérapeute pour concourir au soin en exploitant le potentiel artistique.

. Dans un deuxième temps, nous présenterons des études de cas afin d'analyser les résultats de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de certains résidents pris en charge, et les bénéfices occasionnés.

Enfin dans un troisième temps nous nous proposons d'interroger la pertinence de l'utilisation de cette dominante auprès de ce public.

Première partie :

SI LE VIEILLISSEMENT EST UN PHENOMENE NORMAL, CETTE PERIODE DE VIE EST DIFFEREMMENT VECUE PAR CHACUN ET CERTAINS RESIDENTS D'UN EHPAD PEUVENT ETRE PENALISES ET PERDRE L'ENVIE, LE PLAISIR DE VIVRE

A. Le vieillissement peut induire des pénalités.

1.Le vieillissement est un processus normal.

a) Le vieillissement est un processus physiologique qui s'instaure dès la naissance.

C'est un processus dynamique qui touche tous les vivants, en l'occurrence l'être humain. Ce phénomène, tout à fait normal, aussi appelé sénescence[1], est observable sous l'impact du temps de la vie qui passe. Il correspond à un ralentissement et un affaiblissement des fonctions vitales. Ces modifications des structures de l'organisme s'opèrent de manière lente, progressive, irréversible et présentent des variables d'un individu à l'autre. Elles résultent de facteurs internes propres à chaque individu, tel que le programme génétique, et d'une interaction de l'individu avec son environnement et la société dans laquelle il s'inscrit.
Il n'est pas nécessairement accompagné de pathologies.
Ce vieillissement touche ainsi l'apparence et entraîne par exemple la survenue de rides.
Sur le plan biologique il entraîne le déclin des fonctions ; il engendre ainsi _ pour donner quelques exemples non-exhaustifs_ un vieillissement cellulaire, des tissus, des os et du squelette (ce qui peut accroitre le risque de chute et de fractures) ; il s'accompagne d'une diminution de la masse musculaire, du tonus, de la souplesse, de la force et peut augmenter la fatigabilité. Le système hormonal connaît aussi des changements. Les capacités sensorielles peuvent aussi subir une diminution de leur efficacité (altération de la vue, de l'ouïe, du goût, mais le toucher est généralement l'un des sens qui est préservé le plus durablement).
Sur le plan mental[2] s'instaure un vieillissement et une modification du système nerveux, du système perceptif, de la cognition, du système psychoaffectif et du système conatif (terme proche de celui de « motivation »). Il y a notamment une diminution de la vitesse de propagation de l'influx nerveux, ce qui abaisse le niveau d'attention et de mémoire.
Cependant, il est difficile de situer cette période et de déterminer à quel moment une personne peut être qualifiée de « vieille » ou âgée tant ce phénomène correspond à un processus individuel et hétérogène.
Par ailleurs, le vieillissement est un fait objectif, concret mais aussi subjectif, car chaque individu ressentira et vivra ce passage de manière personnelle, au regard de ses désirs, de ses besoins et du maintien ou non de son équilibre, de son bien-être et de sa qualité de vie.

b) Mais, il entraine des remaniements identitaires et sociaux.

En effet, au regard des changements physiques, biologiques et psychiques qu'il entraine, le vieillissement suppose une nouvelle recherche d'équilibre.

[1] « Vieillissement, définitions et concepts », sur le site : http:// www.med.univ-angers.fr.
[2] Rexand- Galais Franck, introduction, p.13 in *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, Vuibert, 2003.

Il amène à des degrés divers selon les individus des changements sur le plan des performances. Cela demande un effort de réadaptation puisque la personne concernée par la sénescence devra apprendre à se familiariser avec son corps, ses aptitudes et ses rythmes.
A cela s'ajoute le départ à la retraite, approximativement vers soixante-cinq ans. La cessation de l'activité professionnelle modifie l'organisation du temps, de l'espace et des rapports sociaux et familiaux. Cela signifie un changement de statut social, de rôle, ce qui peut être difficile à vivre pour des personnes ayant travaillé dès le jeune âge, ou très investies dans leur travail et les relations que celui-ci pouvait faciliter. Cela suppose une réélaboration identitaire.
En outre, cette période de vie est généralement ponctuée de pertes et de deuil, du conjoint, d'amis, de membres de la famille. La perspective de fin de vie, de soi ou des proches, et l'angoisse de la mort peuvent être déstabilisantes.

c) Les effets du vieillissement peuvent diminuer l'estime[3] et la confiance en soi.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le rapport à ces multiples changements modifie la perception qu'a un individu de lui-même. L'auto-évaluation par la personne de sa santé, de son vieillissement et de sa qualité de vie est subjective et variable d'un individu à l'autre.[4]
Si certains considèreront ce passage comme la possibilité de jouir de capacités restantes, voir de développer de nouvelles activités et de remplir de nouveaux rôles, d'autres percevrons ces changements comme synonyme de décrépitude du corps et de l'esprit. Avec en outre la survenue de la retraite, certains auront le sentiment de ne plus avoir d'utilité, d'être en marge de la société_ d'autant plus quand celle-ci valorise les jeunes, le culte du corps et de la performance et de la compétitivité. L'individu concerné peut alors perdre confiance en soi et avoir tendance à s'isoler.
Selon F. Rexand-Galais[5], ces pertes physiques, sociales, identitaires peuvent entrainer une baisse de l'estime de soi. C'est en effet un temps qui suppose des adaptations, dont les facultés sont variables d'un individu à l'autre. Si ce passage comparable à un travail de deuil n'est pas réussi, peuvent se révéler des symptômes déjà existants, ou apparaître des troubles anxieux ou dépressifs et la personne va basculer vers la sénilité ou vieillissement pathologique.

2.Le vieillissement peut être pathologique : on parle alors de sénilité.

a) Certaines personnes âgées sont atteintes de démence.

Le terme de démence regroupe différentes formes de pathologies organiques et dégénératives du système cérébral. Elles engendrent une détérioration des fonctions intellectuelles et ce de manière progressive et irréversible.
Il existe diverses catégories de démence : les démences de type Alzheimer, les démences vasculaires, les démences dues à des affections médicales (VIH, maladie de Creutzfeldt-

[3] L'estime de soi a été définie comme un besoin de l'être humain par Abraham Maslow, psychologue américain. Il correspond au sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur.
Il distingue différents besoins complémentaires et nécessaires au bien-être et épanouissement humain : les besoins de maintien de vie, les besoins de protection et de sécurité, les besoins d'amour et d'appartenance, le besoin d'estime de soi et le besoin de réalisation de soi.
Consulter à ce sujet l'échelle de la hiérarchie des besoins d'A. Maslow sur le site : http : //papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html
[4] Henrard J.C., *Les défis du vieillissement, la vieillesse n'est pas une maladie*, Editions La Découverte, Paris, 2002, p.140.
[5] Rexand-Galais F., *op. cit,* p. 155.

Jakob), les démences dues à l'ingestion d'une substance comme l'alcool par exemple, les démences à étiologies multiples. La forme la plus répandue est la démence de type Alzheimer. Dans tous les cas ce sont les atteintes cognitives qui sont au premier plan, altérant le fonctionnement social des patients concernés.
Les signes majeurs de ces pathologies, associés ou non, concernent[6] :

- des troubles de la mémorisation, pouvant concerner les événements anciens comme récents ; ils s'accompagnent d'une confusion et d'une désorientation spatio-temporelle.
- des troubles de l'attention et de concentration ; les tâches complexes ou simultanées deviennent difficiles à réaliser et advient une chute d'intérêt pour l'extérieur.
- des troubles praxiques ; le patient éprouve de plus en plus de difficultés à exécuter des gestes du quotidien, comme l'habillage.
- des troubles gnosiques, ou troubles de la reconnaissance des objets ou des personnes.
- des troubles du langage.
- des troubles du caractère modifiant la relation aux autres et se manifestant le plus souvent par de l'irritabilité ou de l'agressivité.

Ces troubles sont angoissants pour le patient, pour l'entourage et nuisent aux échanges. Avec l'avancée de la pathologie, le patient ne reconnaît plus ses proches, néanmoins il reste semble-t-il sensible au climat sensoriel environnant. Si le langage se détériore, d'autres canaux de communication non verbaux sont exploitables[7] : les gestes, le toucher, le regard, le sourire.

b) Certaines personnes âgées sont atteintes de la maladie de Parkinson[8].

Cette pathologie neurologique évolutive est généralement caractérisée par des tremblements au repos, un ralentissement des mouvements lors de leur amorce ou akinésie et une rigidité musculaire ou hypertonie. Il existe une expression individuelle de cette maladie.
Les signes précurseurs de la pathologie concernent une maladresse lors de la réalisation de gestes répétitifs ou associés, une perte de fluidité des mouvements. L'exécution motrice se fait plus lente. Néanmoins le repos est généralement favorable à l'atténuation des symptômes.
Les tremblements peuvent être accentués en situation de stress ou d'angoisse. Toutefois certains patients peuvent en diminuer l'intensité en effectuent des mouvements, quand leur attention et leur motivation sont suffisantes[9]. La raideur s'accompagne parfois de douleurs. Au fil de l'évolution de la pathologie, l'équilibre et la locomotion deviennent précaires. Avec l'avancée de la maladie, le visage du patient peut devenir moins expressif, les mouvements du visage sont moins spontanés, et la voix diminue d'intensité. L'écriture devient de plus en plus petite et difficile à déchiffrer (micrographie).
Cette maladie connaît une évolution lente et peut se stabiliser au bout de cinq à dix ans ; mais à un stade avancé il arrive que les traitements perdent de leur efficacité ou provoquent des effets iatrogènes tels que des hallucinations. Il arrive que les patients souffrent d'une dépression associée.
Les phénomènes de mouvements involontaires occasionnés par les traitements médicaux peuvent aussi devenir gênants pour la personne, qui risque de s'exclure de la vie collective pour ne pas avoir à affronter les regards. La gêne est motrice mais aussi sociale, et c'est justement en présence d'autrui que les tremblements se manifestent le plus, l'angoisse les aggravant. La maladie de Parkinson, occasionnant une fatigue musculaire et entravant les

[6] Rexand-Galais F., *op. cit*, pp173-175.
[7] Cours destinés aux infirmiers, 2009, http:// www. infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours-psychiatrie-la-demence.htlm.
[8] Pollak Pierre, *La maladie de Parkinson*, Odile Jacob, 2000.
[9] Pollak Pierre, *op. cit*, p.17.

initiatives, a tendance à conduire les patients atteints à la sédentarité, à l'inertie et au repli sur soi.

c) Certaines personnes souffrent aussi de dépression[10].

La dépression peut se manifester de manière isolée ou associée à une autre pathologie, comme cela arrive avec la maladie de Parkinson.
La dépression est un trouble de l'humeur. Elle se caractérise par une tristesse ou une perte d'intérêt, de plaisir pour des activités appréciées jusque-là. La personne exprime une vision pessimiste du monde. Elle se sent incapable, inutile et vide, et présente une forte dégradation de l'estime de soi. Il y a également une perte d'intérêt pour les autres et l'extérieur.
Elle se manifeste aussi par la perte d'élan et de motivation ou apathie, parfois le désir de mort. Elle peut engendrer des perturbations de l'attention, de l'imagination, du raisonnement ou de la mémoire. Elle retentit aussi sur les affects, le patient se montrant incapable d'exprimer de la joie ou de la peine.
Elle a aussi des retentissements physiologiques, comme l'anorexie, la perte du sommeil, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, associés à des manifestations somatiques comme la sensation de douleurs ou d'oppression thoracique.

Différents facteurs peuvent favoriser cette pathologie ; des facteurs contextuels y sont propices : la mise à la retraite, la prise de conscience du vieillissement, le départ des enfants, des problèmes de santé, des changements physiques et sensoriels, un accident, les deuils ou le veuvage, l'entrée en institution. Par ailleurs des facteurs iatrogènes en favorisent l'émergence, comme la prise de corticoïdes ou de L-dopa lors de maladie de Parkinson. Enfin des facteurs psychiatriques comme un syndrome démentiel ou un délire préexistant précipitent l'apparition d'une dépression.

3.En outre, des blessures de vie peuvent se surajouter à la souffrance occasionnée par ces différentes pathologies.

La personne âgée peut subir un divorce, des séparations amicales ou familiales, l'éloignant des relations sociales.
Suite à des difficultés financières, professionnelles, ne parvenant pas à faire face aux aléas de la vie, il se peut que cette personne ait vécue de manière volontaire ou subie en marge de la société. Ainsi, certaines personnes sont sans-domicile-fixe. Ce type de situation restreint les échanges et mène progressivement la personne à une perte d'expérimentation de rôles sociaux. La personne ne parviendra pas à s'adapter à la vie en collectivité, qui va devenir difficile ou hostile à ses yeux.
Ces blessures modifient l'implication de la personne concernée. Elle va se désengager de la vie sociale, se mettre en retrait tant sur le plan de l'occupation de l'espace, qui va s'amenuiser, que sur le plan temporel. Elle va se limiter à la satisfaction des besoins primaires, et va perdre le sens de l'anticipation et la projection dans le temps. La vie va perdre de son intérêt et de sa saveur.

4.Toutes ces pénalités induisent une dépendance.

a) La dépendance diffère de l'autonomie.

La dépendance ne résulte pas uniquement d'atteintes physiologiques.

[10] Gallarda T. & Loo H., *Troubles dépressifs et personnes âgées*, John Libbey Eutotext, Paris, 2000.

La dépendance est le fruit d'une situation globale[11]. Elle provient d'une perte d'équilibre entre différentes sphères qui situent la personne dans son milieu. Il existe différents domaines de dépendance : économique, physique, émotionnelle ou psychologique et sociale.
Cela signifie que la personne a besoin d'aide pour certains actes, au niveau des actions qu'elle entreprend. Ainsi une personne pourra avoir besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer, dont elle est dépendante, mais qui lui permettra en retour de rester autonome.
L'autonomie correspond à la possibilité pour une personne de décider de sa vie, de pouvoir effectuer des choix en respect avec ses valeurs, ses désirs et donc son intégrité en tant que personne. L'autonomie correspond à une préservation de la liberté.
Néanmoins, si la personne est isolée socialement, sa dépendance pourra être aggravée par le vieillissement pathologique. Et réciproquement le vieillissement pathologique pourra, selon chaque situation individuelle, aggraver l'isolement et donc la dépendance et porter atteinte à l'autonomie.

b) La dépendance diminue les occasions d'expérimenter des gratifications sensorielles.

Le vieillissement « normal » peut affecter l'efficacité des récepteurs sensoriels et ralentir la propagation de l'influx nerveux.
Mais dans le cas de la sénilité, les effets en seront accrus et vont porter atteinte à l'adaptation de la personne à son milieu et à son bien-être.

Ainsi, dans le cas des démences, il y a un affaiblissement des capacités mentales, psychiques et affectives. Les atteintes portent, toujours de manière variable, sur la mémoire, le langage, le jugement, la perception, la reconnaissance des objets ou êtres familiers, la personnalité qui se voit modifiée, ou les activités motrices.
La personne se montre moins réceptive à ce qui l'entoure, perd ses repères spatio-temporels, ce qui creuse une distance entre la personne, les autres et son environnement. Les échanges se trouvant altérés, les impressions et expressions seront limitées, et donc les gratifications sensorielles également. Cela occasionne une perte de saveur et de plaisir.
Par ailleurs, la perte de familiarité avec ses proches et son environnement pourra engendrer des sensations de danger, d'insécurité, qui deviendront omniprésentes et envahissantes. Les sensations désagréables vont submerger la personne, ne lui laissant que peu l'occasion de se concentrer sur les sensations agréables potentielles.

Dans le cas de la maladie de Parkinson, la pathologie affecte principalement la motricité. Là encore la sensorialité se voit modifiée, parasitée par les gestes involontaires, les douleurs et les tremblements, surtout à un stade avancé de la maladie. Le corps physique n'est plus que celui qui dispense frustrations et insatisfactions, détournant là aussi l'attention des plaisirs et sensations susceptibles d'apporter satisfaction.

Dans le cas des dépressions, le patient subit des changements d'humeur, déploie une vision négative du monde, connaît des troubles somatiques et finit par se replier sur lui-même. Il n'a plus l'élan suffisant pour s'impliquer ou s'intéresser au dehors et n'est plus à l'écoute des sensations qui pourraient procurer du plaisir.

[11] Henrard J.C., *op.cit*, pp.142-146.

c) La dépendance instaurée par les pathologies amoindrit les capacités d'expression, de communication et de relation ce qui engendre un repli sur soi.

Avec l'évolution de la démence, l'activité volontaire de la personne est de plus en plus réduite. Il s'opère notamment une perte de cohérence du langage. Il y a une perte progressive de mots et une perte de leur signification. Parfois, le patient a des idées délirantes ou des hallucinations. Le patient lui-même peut se montrer limité dans la communication non-verbale, gestuelle, faciale. L'expression et la communication deviennent moins efficaces, ce qui engendre des difficultés relationnelles, y compris avec les membres de la famille.
A cela s'ajoute une perte de reconnaissance des visages jusque-là familiers. Par ailleurs sa personnalité se transforme, la personne est agitée et son humeur perturbée.
A un stade avancé, la personne est dans l'incapacité de marcher sans aide ; elle devient totalement dépendante pour s'habiller, se laver et le cycle vieille-sommeil est déstructuré.
Face à la lourdeur de la pathologie, la famille, lorsqu'elle est encore présente, va se sentir démunie.

Le patient dépressif aura tendance à s'isoler, à se désintéresser des autres et se négliger lui-même. Il aura tendance à moins se montrer apathique et moins s'investir dans le contact et les échanges avec les autres. Il exprimera moins ses émotions ou ses sentiments et se repliera sur lui-même.

Le patient parkinsonien peut voir son expression et sa communication verbale affectées par une baisse de l'intensité de la voix. Son écriture devient moins lisible. La communication non-verbale est aussi restreinte car le corps moteur perd de sa spontanéité, se fait plus rigide ; les expressions faciales deviennent plus « figées » et les gestes moins contrôlés.

Ces altérations de la maitrise de l'expression, de la communication et de la volonté des personnes peuvent encore précipiter la baisse de l'affirmation, de la confiance et de l'estime de soi. Certaines personnes peuvent se sentir honteuses dans la relation à l'autre, ne plus se sentir à la hauteur ou encore ressentir un décalage et se soustraire, volontairement ou non, de la sphère des échanges sociaux. Démotivées, apathiques[12], elles auront parfois le sentiment d'être devenues inutiles. La dépendance aggrave cette perte d'élan qui apparaît chez certaines personnes âgées. Cette démotivation aura pour conséquences une perte d'engagement et une perte de recherche des plaisirs, un retrait de la sphère des échanges relationnels et un repli sur soi, ainsi qu'une perte de projection dans l'avenir.

d) L'entrée en institution est une réponse à la dépendance, mais c'est une étape difficile à négocier.

Le vieillissement, d'autant plus s'il est pathologique, accroit la dépendance. Les proches se trouvent souvent démunis pour faire face aux changements induits. Les familles souhaitant préserver la sécurité et la santé de leur proche malade vont parfois choisir de faire appel à une institution.

[12] Sur la démotivation du sujet âgé, consulter l'article : « Démotivation, apathie et dépression du sujet âgé », article collectif publié dans la Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, septembre 2001, Tome V, n°48 ; disponible aussi en ligne :
http://www. ch-esquirol-limoges.fr/content/download/14129/file/Sept2001.pdf.

Selon Philippe Crône[13]il existe différents types de placement. L'entrée volontaire en institution est de plus en plus rare. Elle est généralement le fait d'une personne âgée vivant loin de sa famille ou ayant perdu son conjoint. Elle cherche ainsi à éviter la solitude.
Il existe aussi des entrées « raisonnables », au cours desquelles la personne n'en exprime pas réellement le souhait mais s'y résout car c'est la seule solution. Cela suppose de faire le deuil de sa maison et de sa vie antérieure, sans quoi la personne ne se sentira pas à sa place et risque de faire une dépression. Il existe aussi de placements autoritaires, bien qu'interdits par la Charte des « Droits et libertés » de la Fondation nationale de gérontologie de 1986. Alors lorsque le placement est non préparé apparaissent des risques pour la personne concernée de souffrance morale, de dépersonnalisation, de dépression, de démence réactionnelle ou d'agressivité. Enfin existent les « placements hospitaliers », lorsqu'une personne est dans un premier temps hospitalisée pour un grave problème de santé et qu'elle ne dispose pas de conditions de vie adaptées à son domicile.

Dans tous les cas, intégrer une institution suppose une préparation progressive. La personne va devoir s'adapter à un nouveau lieu de vie, se familiariser avec des rythmes différents et mener une vie partiellement collective. Cela nécessite des efforts d'adaptation et d'intégration. C'est un lieu où des actes qu'elle faisait elle-même auparavant sont pris en charge comme la préparation des repas. Par conséquent, certaines personnes âgées objectent qu'elles ne prennent plus de décisions. Le risque pour certaines d'entre elles est de perdre en autonomie, ou d'avoir le sentiment de ne plus être utile ou compétent, de se déprécier.
D'autres évoquent le sentiment de ne pas se reconnaître dans ce groupe, qui peut renvoyer une image négative, celui de la vieillesse et de la dépendance. Alors la dépréciation peut se transformer en angoisses, en inhibitions ou en morbidité.

Néanmoins si cette étape est bien préparée, elle peut être profitable à la personne âgée dépendante. En effet le souci permanent du personnel médical et paramédical est de restaurer si possible, ou de préserver l'autonomie, au-delà de la dépendance.

B. L'Art peut offrir un espace d'expression, de communication et de relation.

1. Pour tout être humain, l'expression, la communication et la relation sont nécessaires à l'épanouissement et au maintien de la qualité de vie.

A la naissance, l'être humain reçoit la vie. Mais au-delà de la satisfaction des besoins vitaux, il a besoin de trouver une orientation et du sens à son existence. Il a aussi des capacités potentielles, des désirs et une liberté accrue par rapport à l'animal qui lui est régi par ses instincts. *L'être humain lui ressent une certaine responsabilité et tente de gagner en humanité. Il éprouve le besoin de passer du statut d'individu à celui de personne*. Il a besoin de se développer, de développer des connaissances, des valeurs et d'être créatif. Et pour exister en tant que tel, il a besoin d'échanger, de se confronter à l'autre pour pouvoir en retour s'affirmer et se façonner selon ses choix. S'il a besoin d'appartenir à un groupe social, l'être humain a aussi un besoin de distinction.

Ainsi les besoins d'expression, de communication et de relation diffèrent des besoins biologiques mais n'en sont pas moins essentiels. En effet, l'être humain se structure, mène des apprentissages dans et par ses interactions avec les autres. Ainsi dès les premiers mois, le nouveau né s'exprime, communique par le toucher, par les gestes, par les babils puis par la parole avec son entourage familial. Il est réceptif à l'environnement et s'exprime en retour. C'est d'abord à travers l'autre qu'il existe.

[13] Crône Philippe, « l'entrée en institution », in. *L'animation des personnes âgées en institution, aides-soignants et animateurs*, édition Masson, 2004, pp.3-16.

Ce rapport à l'autre lorsqu'il se disloque ou disparaît porte atteinte à l'équilibre de la personne. C'est ce que dépeint le roman de Michel Tournier, *Vendredi ou les limbes du Pacifique* : la perception du monde de Robinson se déstructure dans la solitude. Privé d'autres points de vue que le sien, il ne sait plus si ce qu'il voit, pense existe bien ou non.
C'est bien parce qu'il agit, s'exprime, se manifeste au dehors de lui-même et obtient en retour une reconnaissance que l'être humain se sent avoir de la valeur et existe.
L'Art est une manifestation de son humanité.

2. L'Art est une activité humaine volontaire dirigée vers l'esthétique.

a) L'Art est connu par ses œuvres d'art.

Si l'on se réfère à l'origine grecque, le mot *tekhnè* désigne dans l'antiquité à la fois l'art, le métier, le savoir-faire, la technique. Les notions d'utilité et de beauté se voient confondues. Chez les Grecs, cette définition générale désigne toute production humaine, par opposition à la nature. Elle s'applique à une production faite avec soin, application.
Il y a l'idée d'une volonté qui oriente la production vers la perfectibilité. C'est le fruit d'un acte intentionnel, réfléchi. Ainsi, dans l'Antiquité, il n'y a pas de réelle distinction entre l'objet produit par l'artisan a des fins utilitaires, et l'objet artistique orienté vers le beau, « inutile » et désintéressé.
Pourtant, cette distinction va bien avoir lieu au Moyen Age lorsque seront séparés les arts mécaniques et les arts libéraux, et surtout au XVIII° siècle où seront distingués les Arts et Métiers des Beaux-arts.
Ainsi, pour l'artisan, la fonction détermine la forme de l'objet et suppose un modèle préexistant ; l'objet réalisé répond à la satisfaction d'un besoin matériel, et ce dans un souci d'efficacité qui prime généralement sur la beauté. Pour l'artiste, il n'existe pas de tel modèle, l'œuvre s'élaborant parallèlement à l'action, selon ses goûts et son jugement. L'œuvre d'art n'a pas de finalité utilitaire. Elle vise le Beau et est désintéressée.

Ainsi donc l'Art est connu par ses œuvres. « Une œuvre d'art est un objet esthétique intentionnel, ou, ce qui revient au même ; une œuvre d'art est un artefact (ou produit humain) à fonction esthétique. »[14]
L'esthétique depuis Baumgarten au XVIII° siècle devient une science à part entière, branche de la philosophie. Le terme d'esthétique est issu du grec *aisthèsis,* sensation, sentiment, sensibilité, *aisthèton,* sensible et plus précisément *aisthétikos,* « qui peut être perçu par les sens ». L'esthétique relève d'une expérience sensible. Cette expérience occasionne chez le spectateur ou l'artiste un plaisir, une émotion et peut susciter un sentiment spécifique.

« Dans le sentiment esthétique, quelque chose qui peut être perçu par les sens se donne à moi sous la forme d'une expérience vécue globale et enrichissante. (…) Tout naît ainsi du rapport singulier d'un sujet à quelque chose qui le touche, qu'il trouve beau, ou qu'il juge être de l'art (…)[15] ».

b) L'Art est une modalité particulière de l'expression humaine.

A la différence du langage articulé qui suppose, pour être capté et compris, le partage d'un même code par l'émetteur et le récepteur, l'Art lui peut toucher un public de manière universelle.

---

[14] Dans son ouvrage, *Eléments d'esthétique*, paru en 2004 aux éditions Ellipses, Pierre Sauvanet cite, p.87, une définition de l'œuvre d'art proposée par Gérard Genette.

[15] P. Sauvanet, *op.cit*., p.18.

Les signes utilisés peuvent bien être interprétés sous le joug de l'activité mentale, imaginaire, mémoire, abstraction, mais c'est en premier lieu une expérience qui s'adresse à la sensibilité.
L'artiste peut bien chercher à exprimer une idée, un message, mais bien au-delà il va extérioriser dans le monde sensible un sentiment, une émotion. Parlant de son activité de peintre et plasticien, Matisse évoquait en ces termes le passage de l'impression à l'expression opéré par l'Art : « Créer, c'est exprimer ce que l'on a en soi. Tout effort authentique de création est intérieur. Encore faut-il nourrir son sentiment, ce qui se fait à l'aide des éléments que l'on tire du monde extérieur. Ici intervient le travail, par lequel l'artiste s'incorpore, s'assimile par degrés le monde extérieur, jusqu'à ce qu'il l'ait en lui et qu'il puisse le projeter sur la toile comme sa propre création.[16] Il va traduire son intention par une organisation particulière des couleurs, des formes, des sons, des mouvements corporels. Et ce sont ces choix particuliers qui seront expressifs. Il les choisit d'ailleurs intentionnellement pour l'impact qu'ils seront susceptibles de produire, sur le corps physique, sur les émotions et sur la pensée.
L'Art, même lorsqu'il est taxé d'imitation, ne donne pas à voir l'apparence objective des choses, mais plus la façon dont ces choses apparaissent subjectivement à l'artiste. C'est ce que tend à souligner le peintre P. Klee, selon qui « l'Art ne reproduit pas le visible, il rend visible. »
Ainsi, si l'on observe les œuvres propres à chaque artiste, elles expriment un style particulier ; ainsi les sculptures de Giacometti sont graciles et filiformes, et peuvent évoquer la fragilité ou l'existence fragile de l'être humain ; les toiles de Van Gogh empreintes de touches vibrantes peuvent évoquer une énergie de la vie, et peuvent par exemple faire ressentir une certaine vitalité ou une violence.
Kandinsky, peintre et chef de file de l'abstraction, a particulièrement étudié le caractère expressif des signes combinant certaines formes et certaines couleurs. Il a analysé l'impact et le pouvoir expressif de ces signes sur les sens du contemplateur et sur son activité mentale.[17]

c) L'Art implique le corps dans sa globalité, favorisant une interaction entre le corps physique et l'activité mentale[18].

Ce corps global, tant physique que mental, est impliqué tant chez l'artiste ou producteur que chez le spectateur ou contemplateur.
En effet, du côté de l'artiste, pour que l'œuvre prenne forme, il faut nécessairement qu'un corps physique entre en action. Ainsi pour réaliser un artefact à fonction esthétique, il faut initialement que le producteur ait été impressionné par des choses sensibles, sur le plan sensoriel et qu'il ait enregistré cette expérience dans sa mémoire. La sensation donne alors lui à une perception, qui peut ensuite aboutir à la conception d'un projet ou à une intention qui va être à son tour être exprimée dans le monde sensible. Cette intention prend forme sous l'action du geste qui l'initie. Lors de la phase de production, l'artiste éprouve à nouveau des sensations appartenant au ressenti corporel. Par ailleurs, en cours d'action, l'artiste a des sensations qui concernent les membres de son corps physique et ses déplacements lorsqu'il est à l'ouvrage. Ainsi, le danseur va ressentir le sol sous ses pieds et l'espace qui l'englobe, le musicien va toucher son instrument, le plasticien va sentir le pinceau se déplacer sur le support. Toutes les parties de ce corps ainsi révélées correspondent à la structure corporelle. Par ailleurs, pour lancer une action le corps est mu par un élan ou une poussée corporelle.

---

[16] Henri Matisse, « Il faut regarder toute la vie avec ses yeux d'enfant », propos recueillis par Régine Pernoud, *Le Courrier de l'U.N.E.S.C.O.*, Vol.VI, n°10, 1953.
[17] Kandinsky, *Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier*, 1954, Folio Essais, 1989.
[18] FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, Lausanne, 1999-2007, pp.167-170.

Du côté du contemplateur, le corps physique est également impliqué car c'est lui qui génère des sensations lorsque l'œuvre rayonne. Ensuite cette sensation est susceptible d'occasionner un plaisir esthétique, qui peut ensuite donner lieu à un sentiment esthétique, qui relève lui du domaine spirituel. Au regard des émotions déjà expérimentées et mémorisées, et au regard de ses connaissances et de sa culture, l'expérience et le sentiment esthétique seront plus ou moins forts pour le contemplateur.

d) L'œuvre d'Art a des particularités : elle combine un fond et une forme dont l'équilibre permet d'atteindre un idéal esthétique.

L'idéal esthétique correspond aux attentes de l'artiste, qui se projette vers ce qu'il souhaite obtenir comme production. Il conçoit une intention : son œuvre a un fond ou un contenu. Pour exprimer ce contenu il va choisir une forme et des techniques à même de mettre en valeur ce fond. Cette forme est l'objet de recherches, de remaniements possibles jusqu'à ce que l'artiste perçoive une cohérence avec son idéal. Cette quête suppose une implication suffisante, des efforts et un engagement dans le temps. Comme nous l'avons évoqué, contrairement à l'artisan qui se soumet à l'efficacité de l'objet et des techniques connues, l'artiste ne détient pas de recette préalable lui assurant de parvenir à ses fins.

e) L'Art permet de valoriser un goût, un style, et un engagement.

Comme nous l'avons vu plus haut, pour réaliser cet œuvre, l'artiste va s'appuyer sur ses sensations.

Mais il va aussi faire appel à son goût et à sa sensibilité. Ce goût est une construction qui peut être issu d'un ressenti, mais aussi de la culture de la personne, des œuvres qui lui ont antérieurement plu. A travers son goût, il va apprécier la beauté ou qualité de l'œuvre. Il implique l'affirmation de soi.

L'artiste va opérer des choix stylistiques et mettre en œuvre une technique particulière. C'est une sorte de coloration, d'empreinte personnelle qu'il donne à son œuvre. Ainsi dans le domaine de la peinture, la touche et la facture des toiles de Van Gogh diffère du style Matisse. Il exprime par là sa personnalité, et une affirmation de sa personne, ce qui implique la confiance en soi.

Enfin, pour que l'œuvre existe, il faut que l'artiste en ait envie et qu'il persévère jusqu'à son aboutissement. Pour cela il faut qu'il ait une valeur suffisante de lui-même et de ce qu'il produit. Cela suppose un engagement qui implique l'estime de soi.

f) L'Art favorise la communication et la relation.

L'œuvre opère un contact entre le producteur et le contemplateur, entre les contemplateurs eux-mêmes.

Face à l'œuvre qui exprime des idées, des sentiments, déclenche des émotions, le spectateur va être impressionné. Il va ensuite à son tour s'exprimer, en affirmant son appréciation, son goût et un jugement quant à la qualité de l'œuvre. Il va pouvoir communiquer aussi son ressenti, que ce soit sous le mode d'une communication verbale ou non- verbale. Il pourra par exemple évoquer verbalement tout ce que l'œuvre lui rappelle ou simplement pleurer en raison d'une profonde émotion qu'elle aura provoquée en lui.

Par ailleurs, au-delà de ce que l'œuvre exprime, le contemplateur pourra s'intéresser à l'auteur qui l'a produite.

Ainsi, face à des peintures pariétales qui ont traversé des siècles, le contemplateur peut se sentir en relation avec les êtres humains qui les ont réalisées, bien qu'ils ne les connaissent pas. Les œuvres sont le témoin d'activités intentionnelles à visée esthétiques. Elles dénotent

un souci d'élévation de l'être humain, capable de s'investir, au-delà de la simple satisfaction de besoins physiologiques. *Elles témoignent d'une humanité*. Elles font naitre le sentiment d'appartenir à une communauté humaine.

g) L'Art peut avoir des effets cathartiques, éducatifs et un pouvoir d'entrainement.

En sollicitant le corps moteur et l'activité mentale, l'Art développe notamment les facultés sensorielles, la mémoire, l'imaginaire, la motricité de l'être humain, en ce sens il a un pouvoir éducatif.

Par ailleurs, selon Aristote[19], évoquant la tragédie grecque, dans la *Poétique*, l'Art nous touche et nous émeut. C'est ce qu'il a appelé la catharsis. C'est un aspect de l'effet produit chez le spectateur par la contemplation esthétique mais aussi sur les acteurs. La tragédie purge les mauvaises passions des spectateurs comme la démesure ou la pitié, pour en faire des citoyens prêts à s'engager dans la cité. La catharsis décharge le trop plein d'affects, néfaste à la cohésion sociale. Sous l'influence conjointe de la musique, du jeu des acteurs et des actions qu'il observe, l'être humain est ému et ressent un plaisir esthétique, qui modifie positivement son intériorité.

Enfin, l'Art peut avoir un pouvoir d'entrainement. Il va susciter chez le spectateur, suite aux impressions, une expression. Ainsi il n'est pas rare d'assister à un concert et de battre du pied ou de fredonner comme les musiciens ou les chanteurs. L'œuvre d'Art est à même de provoquer une action et de favoriser un élan chez le producteur comme chez le contemplateur.

3. L'Art plastique correspond à une activité spécifique de l'Art.

a) L'Art plastique se définit par des techniques spécifiques[20].

L'Art plastique est généralement considéré comme un art visuel. Les œuvres produites sont réalisées en deux dimensions ou en volume, sur support papier, toile ou numérique, argile ou plâtre par exemple. Les œuvres plastiques impliquent une action intentionnelle et organisée de l'être humain sur un matériau. Le terme « plastique » renvoie à l'idée de modeler, de donner forme, de façonner. Généralement les gestes modifient le matériau de départ en y ajoutant de la matière, en en retranchant, en exerçant des distorsions, des modifications, des déplacements. Pour celui qui agit dans une visée esthétique, il s'agit de faire des choix concernant les éléments plastiques : la forme (points, lignes, plan, volume), couleurs, matériau (support, outils, médiums). Il va s'agir alors de combiner et organiser les éléments sélectionnés en associant, en isolant, en transformant ou en reproduisant.

Ce terme englobe des activités variées telles que le dessin, la peinture, la sculpture, l'architecture, les assemblages. L'Art plastique peut associer des techniques mixtes au sein d'une même production et faire appel à des procédés d'utilisation d'images déjà existantes, telles que celles figurant dans les journaux et magazines, la photographie, les photocopies par collage par exemple.

S'il existe des techniques traditionnelles (dessin au fusain ou à la sanguine par exemple, aquarelle, huile acrylique, sculpture sur pierre, sur bois, argile, etc.), il est aussi tout à fait possible d'utiliser des matériaux et outils détournés de leur usage usuel (éponge, brosse à dent, peinture en bâtiment, recyclage d'objets du quotidien assemblés en vue de réaliser un mobile ou une sculpture).

---

[19] Voir au sujet de la catharsis l'article de Didier Deleule, « La contemplation esthétique », in. *Encyclopaedia Universalis*, 2008.

[20] Claude Reyt, *Les arts plastiques à l'école*, Armand Colin, 1998.

Le format de la toile en peinture, ou celui du support en dessin, modifie fortement les techniques utilisées comme le rapport du producteur au support et la distance de travail. Plus le support est petit, plus le geste implique une motricité fine et minutieuse ; à l'opposé, un grand format suppose l'utilisation d'outils plus grands et implique des gestes plus amples ; ainsi, Soulages réalise de grandes toiles en les brossant de noirs au moyen de brosse qu'il fixe sur de longs manches. Il effectue ses actions à grande distance du support. La préhension des outils implique aussi la kinesthésie. En contrepartie, l'expérience sensorielle se voit aussi modifiée par cette question d'échelle chez le contemplateur : regarder une carte produite par mail art ou une passer sous une araignée géante de Louise bourgeois ne provoque pas les mêmes sensations.

b) La particularité de l'Art plastique est d'instaurer une coupure entre l'action, la production et l'exposition.

Contrairement à d'autres pratiques artistiques telles que la danse, la musique ou le théâtre, où action, production et traitement mondain sont confondus dans le temps et l'espace, l'Art plastique dissocie le producteur de l'œuvre. Celle-ci nécessite bien l'action du corps pour exister, mais une fois achevée, elle recouvre une indépendance, pouvant traverser les siècles alors que son auteur aura disparu depuis longtemps. Il est fréquent pour le spectateur de rencontrer des œuvres dans les musées, d'y être sensible, de s'en rappeler sans connaître physiquement son auteur.

Par ailleurs, le propre du plasticien est d'être dans le même temps ou dans des moments qui s'influencent à la fois le concepteur par son intention, l'acteur par l'activité globale de son corps sur le matériau et le juge et contemplateur de l'œuvre en train de se faire. Le projet existe, mais l'artiste peut multiplier les esquisses, réaliser des repentirs, prendre en compte des effets inattendus, ce qui a en retour un effet sur le fond.

Si l'Art plastique est une discipline concrète, par les matériaux mis en forme et leurs qualités physiques, c'est aussi une activité réflexive, qui amène le producteur à s'interroger sur la cohérence et la pertinence de ce qu'il est en train d'élaborer. Ainsi, la distance facilite l'élaboration d'un jugement critique, et par là engage l'affirmation et la confiance en soi.

c) L'Art plastique se caractérise par la matérialité des œuvres produites, ce qui induit une expérience esthétique chez le producteur ou le contemplateur.

Qu'elles sont bidimensionnelles ou en volume, les œuvres plastiques ont une matérialité et des propriétés objectives. Elles ont des dimensions (largeur, longueur, profondeur, hauteur) et un poids. Les matériaux et supports utilisés ont des qualités physiques spécifiques : les papiers ont différents grains, peuvent être lisses ou rugueux, de même pour les toiles et tissus. Les matériaux en sculpture et assemblages peuvent être lisses, malléables ou rigides. Les médiums utilisés présentent aussi des textures variées : l'aquarelle sera fluide, la gouache ou l'acrylique plus épaisses et onctueuses ; des pastels seront secs ou tendres.

Cette matérialité a une incidence sur l'action du producteur qui pourra varier les effets recherchés selon les gestes appliqués aux supports et selon les outils choisis. Elle a aussi une incidence sur l'expérience esthétique du contemplateur. En outre, cette matérialité instaure une distance entre le producteur et l'œuvre, ce qui facilite l'affirmation du goût et du jugement ; cela facilite aussi la possibilité d'un retour sur l'œuvre en vue de l'améliorer.

Pour le contemplateur, le premier contact avec l'œuvre est surtout visuel_ d'autant que beaucoup de lieux d'exposition ne permettent pas de toucher les œuvres en vue de leur conservation. L'œuvre lorsqu'elle est achevée rejoint le patrimoine commun de l'humanité et devient une chose artistique du monde. Duchamp conférait un rôle essentiel au contemplateur

qui s'approprie alors l'œuvre, l'interprète et la fait exister. Selon lui « c'est le regardeur qui fait l'œuvre », à condition qu'il fasse preuve d'efforts, d'attention, de concentration, d'imagination, et de sensibilité. Néanmoins, le toucher peut être impliqué comme c'est le cas dans les installations d'Annette Messager, ou les sculptures peuvent produire des sons et du mouvement comme chez Tinguely. L'odorat est également sollicité ; les ateliers de plasticiens exhalent des odeurs de terre, de térébenthine, papiers.

Du côté du producteur, la vue intervient énormément et fait le lien entre les sensations et les intentions. D'ailleurs, que ce soit du côté de l'artiste comme du côté du contemplateur, d'après Matisse, « Voir, c'est déjà une opération créatrice, ce qui exige un effort ».[21]Il faut ici comprendre ce terme au sens de regarder. En effet l'œil est orienté par les expériences esthétiques antérieures et connaît une attente par rapport aux impressions potentielles. Il va alors organiser, sélectionner par l'entremise conjuguée de la sensorialité, de la sensibilité et de l'activité mentale. En outre, l'Art plastique convoque aussi le toucher et les mouvements corporels, qui ont aussi une grande importance. Ainsi, la position du corps face à l'œuvre peut varier : le support peut être installé sur un chevalet, à plat, à la verticale sur un mur ou au sol. Cette disposition spatiale a pour effet d'engendrer une plus ou moins grande amplitude des gestes ; il est possible d'avoir besoin de se déplacer autour en utilisant ses jambes comme ses bras, ou de ne solliciter qu'une partie plus réduite comme les mains si par exemple le producteur est assis.

d) Cette matérialité permet une transmission qui excède la durée de vie du concepteur de l'œuvre.

Les personnes âgées peuvent parfois souffrir de n'avoir rien à partager ou offrir à leur proche. Or, l'œuvre d'Art plastique peut être considérée comme un don, mais un don personnel puisqu'elle est marquée du sceau de la personnalité de son producteur.

Autre conséquence, l'œuvre, sauf exception_ comme dans le cas du Land Art qui peut produire des œuvres éphémères dans l'environnement_ a une capacité de résistance au temps. Elle survivra à son producteur. Cela peut permettre de le valoriser et de le rassurer face au temps qui passe et à la finitude. A travers l'œuvre, c'est la personne qui existera.

C. L'art-thérapie peut exploiter les spécificités de l'Art plastique pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes.

1. L'art-thérapie vise le rétablissement ou l'amélioration de l'épanouissement de l'être humain et de son autonomie.

L'art-thérapie, selon le modèle tourangeau, correspond à l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. L'Art sollicite et stimule la sensorialité, qui est une interface particulière entre les impressions et l'expression des êtres humains, et devient un processeur de soin. L'art-thérapie s'appuie sur la théorie de l'art opératoire, qui est l' « organisation d'éléments de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art »[22]. Cette théorie permet d'analyser et d'infléchir les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique, organisée en phases que sont l'Avant et l'impression, l'intention, l'action, la production jusqu'au moment où l'être humain expose son œuvre à autrui par le traitement mondain.

---

[21] Henri Matisse, « Il faut regarder toute la vie avec ses yeux d'enfant », propos recueillis par Régine Pernoud, *Le Courrier de l'U.N.E.S.C.O.*, Vol.VI, n°10, 1953.

[22] Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, Lausanne, 1999-2007, pp.172-187.

L'art-thérapie vise le maintien ou l'amélioration du bien-être, de la qualité de vie et l'épanouissement de l'être humain dans l'existence. Elle est indiquée pour les personnes souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation, et en cela elle peut trouver sa place au sein de l'ensemble des prises en charge destinées aux personnes âgées dépendantes. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, ces dernières peuvent souffrir de diverses pénalités qui instaurent un repli sur soi-même et réduisent leur qualité de vie, leur bien-être et leur motivation à s'engager volontairement dans l'existence.

Or, nous avons par ailleurs énoncé les effets et le pouvoir de l'Art, ayant impact positif sur les émotions et le plaisir, pouvoir éducatif (au sens d'épanouissement de l'être humain, de développement), et développement de l'expression, de la communication et de la relation.

L'art-thérapie peut exploiter les spécificités de l'Art plastique, dans le but d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées dépendantes souffrant généralement d'une perte d'affirmation, de confiance et d'estime.

2. L'art-thérapie va exploiter l'Art plastique en tant que modalité particulière d'expression, afin d'encourager celle-ci, ainsi que la communication et la relation dans le but de conforter l'affirmation de soi.

L'Art plastique nécessite diverses opérations de sélection concernant l'organisation des éléments plastiques (couleurs, formes, matériau, supports). Des choix concernant le fond et la forme vont amener la personne prise en charge à s'exprimer, à communiquer et entrer en relation avec le stagiaire art-thérapeute. Cet échange va mettre en jeu l'affirmation de soi. Elle va pouvoir exprimer son goût en matière d'Art et sa personnalité tout au long du processus qui aboutit à l'existence de l'œuvre d'art et au traitement mondain.

Les éléments plastiques comme moyen d'expression peuvent pallier le manque de mots propres à la personne démente ou la tendance à l'exclusion, à la diminution des échanges verbaux de la personne dépressive.

Ensuite, pour les personnes ayant des troubles mnésiques, les œuvres matérielles présentent l'avantage de rester. Même si la personne oublie ce qu'elle a produit d'une séance à l'autre, les productions sont représentables et pourront faire l'objet de nouvelles expériences sensorielles et soutenir l'affirmation de soi

3. L'art-thérapie à dominante arts plastiques, par l'exploitation du style, va rechercher un accroissement de la confiance chez la personne âgée dépendante.

Pour faire contrepoint au sentiment de fragilisation identitaire, à la perte de rôle induits par les pathologies, l'art-thérapie va tenter de conduire la personne à s'impliquer sensorielle ment, corporellement et mentalement. Le support ou le matériau va accueillir l'empreinte formelle et technique du participant. Sa personnalité va colorer d'une manière unique les choix en matière de fond et de forme. C'est ainsi que l'activité va permettre de mettre en valeur un style, en s'appuyant sur la variété des gestes et des rythmes durant l'action qui personnalisent la facture, la touche ou la pâte. Vont être impliqués l'élan, le ressenti et la structure corporelle pour travailler le matériau par le corps.

Par ailleurs, la matérialité de l'œuvre, dont on peut conserver la trace, permet d'accroitre le sentiment de compétence dans l'utilisation des techniques, y compris pour un novice. L'œuvre peut être transformée au fil des séances et au besoin, l'art-thérapeute peut prodiguer des conseils afin d'aider la personne à éprouver de la satisfaction au regard de son idéal esthétique.

Afin d'étayer la confiance naissante chez le patient, l'art-thérapeute peut s'appuyer sur le pouvoir d'entrainement de l'art et sur le plaisir esthétique et artistique développés par l'activité plastique.
Ce pouvoir d'entrainement de la peinture a été décrit par Balzac, dans *le chef-d'œuvre inconnu*[23]. Il évoque la passion du peintre Frenhofer qui consacre sa vie à la réalisation d'une toile. Il réalise sans arrêt des allers-retours entre ses intentions esthétiques, son ressenti et les couleurs qu'il applique. Chaque modification produit une nouvelle action et accroit son élan.
Ce pouvoir d'entraînement a pour corollaire l'émotion et le plaisir visuel que peuvent procurer les formes et les couleurs, ainsi que les gratifications kinesthésiques induites par la manipulation des outils et des matériaux. Ces gratifications sensorielles sont peut-être déjà présentes en mémoire chez le patient, du fait de contacts antérieurs avec le Beau. Mais ils sont aussi présents tout au long de l'action à chaque fois que le producteur rajoute une touche ou modifie l'aspect formel de l'œuvre. Kandinsky, chef de file de l'abstraction en peinture, écrit en 1909 un ouvrage intitulé *Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier*.
Il s'est appuyé sur sa pratique de peintre pour étudier le pouvoir et les effets de la couleur et des formes sur l'être humain. Selon lui par le biais de ces éléments plastiques, l'âme est touchée par un mouvement dynamique qui crée une vibration intérieure. L'être humain est frappé par l'émotion.[24] Dans l'éventualité où le patient capte et mémorise des éléments particulièrement beaux et touchants, il est possible de penser qu'il cherchera à réitérer cette expérience en multipliant les temps d'action et d'expression. Les plaisirs visuels, olfactifs ou kinesthésiques pourront peut-être accroitre son élan et sa confiance dans la projection de nouvelles expérimentations.

4. L'art-thérapie à dominante arts plastiques sera susceptible de restaurer l'estime de soi.

Comme nous l'avons évoqué par ailleurs, la personne âgée dépendante a tendance à se désengager, à ne plus avoir de plaisir à se projeter dans l'avenir, synonyme d'aggravation des pénalités. Elle a tendance à connaître la démotivation et à se déprécier.
Or, conjointement au gain d'affirmation et de confiance, l'activité pourra peut-être aider la personne à s'investir durablement. Les compétences techniques acquises au fil des séances lui permettront de réaliser des productions valorisantes et suffisamment valables pour que la personne elle-même se considère comme un sujet actif ayant de la valeur.
En outre, lorsque la personne est novice et a peur de ne pas être à la hauteur, l'art-thérapeute peut lui montrer que même les effets plastiques obtenus du fait du hasard sont susceptibles d'avoir une beauté ou une valeur esthétique.
Par ailleurs, l'Art plastique encourage l'implication et l'engagement des patients. Les productions peuvent se composer de strates. Il est rare qu'un plasticien réalise une œuvre d'un seul trait. Cela nécessite une persévérance et des efforts pour dépasser les obstacles et la résistance des matériaux. Il est possible que le fait de réaliser de multiples essais avant d'aboutir à la production finale conforte l'estime du producteur. Des réalisations trop simples peuvent ne pas s'avérer suffisamment stimulantes. Et le patient éprouvera certainement plus de plaisir et de fierté si l'action et la production ont nécessité des efforts. En cela, l'Art plastique favorise aussi l'engagement et l'implication de la personne prise en charge dans la durée. En découle aussi la nécessité de se projeter d'une séance à l'autre afin de concevoir de nouveaux projets, ou d'imaginer de futures modifications des productions en vue de leur amélioration.

---

[23] Balzac H. De, *Le chef d'œuvre inconnu*, Le Livre de Poche ; paru dans une première version en 1831, puis augmenté en 1837. Il fait état de réflexions sur la peinture, nomme de nombreux peintres et décrit des ateliers et des techniques picturales.
[24] Kandinsky, *Op. Cit*., pp.106-112.

Ce sentiment d'estime repose sur le regard que la personne porte sur elle-même, sur le regard que lui renvoie l'art-thérapeute, mais aussi sur le regard des autres. En effet, le traitement mondain est facilité avec l'Art plastique, puisque la personne peut exposer ses productions, sans s'exposer elle-même.

5. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut rassurer en offrant l'occasion de réaliser des œuvres qui existent.

Evidemment les qualités objectives qui se dégageront des œuvres au moyen du jugement et de la distance auront un impact sur la satisfaction des patients. Mais ce qui semble primordial, c'est la place de sujet autonome de la personne âgée que restaure l'activité. L'intérêt réside bien dans l'action concrète que la personne exerce sur l'extérieur et la volonté d'y imprimer sa personnalité. Ainsi par l'émergence possible d'une expression orientée vers l'esthétique, par la valorisation d'un style, par les gratifications sensorielles convoquées lors des séances, l'art-thérapie ne va pas rechercher la production d'œuvres pour elle-même, mais bien pour l'épanouissement de la personne prise en charge. Et si les œuvres existent, c'est bien qu'une personne a tenté de se dépasser, et de s'élever pour les produire.
Enfin comme nous l'avons déjà suggérer, la personne pourra peut-être se sentir rassurer que le fruit de son implication demeure et devienne transmissible, au-delà de la mort.

Deuxième partie :

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE EST PROPOSEE A PLUSIEURS RESIDENTS DE L'EHPAD GOXA LEKU

A. L'EHPAD Goxa Leku est un établissement pour personnes âgées dépendantes en milieu rural et à taille humaine.

La structure accueille majoritairement des résidents issus des villages voisins, qui ont la particularité de partager la langue basque, facteur de cohésion ; néanmoins des personnes plus éloignées géographiquement y sont également accueillies.
Les personnes de plus de soixante ans y sont hébergées, et sur dérogation celles de moins de soixante ans.

L'établissement veille à la sécurité des résidents, à leur bien-être et leur qualité de vie. Des professionnels divers se chargent des prises en charge. Ils adaptent les soins et les approches au cas par cas, en tenant compte du vécu de chacun, de ses relations familiales, et du degré de dépendance de chacun. La grille A.G.G.I.R., Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource répartit le degré de dépendance du GIR1, le plus élevé, au GIR6 pour les plus autonomes. [25]

Veiller au maintien de l'autonomie des résidents est une des missions majeures du personnel.
Pour se faire, l'établissement fait appel à parfois des psychiatres ou des gériatres, des infirmiers, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques ; un médecin coordonne l'action de chacun. Interviennent aussi une psychomotricienne et une psychologue depuis environ un an. Une animatrice assure l'organisation des loisirs collectifs, et des agents se chargent de l'entretien et du service de restauration, veillant eux aussi au confort et à la reconnaissance de l'individualité de chacun.

B. Des séances d'art-thérapie sont proposées.

1. L'art-thérapeute met en place une méthode et des outils qui lui sont propres pour optimiser les effets de ses prises en charge et contribuer à une réponse individualisée.

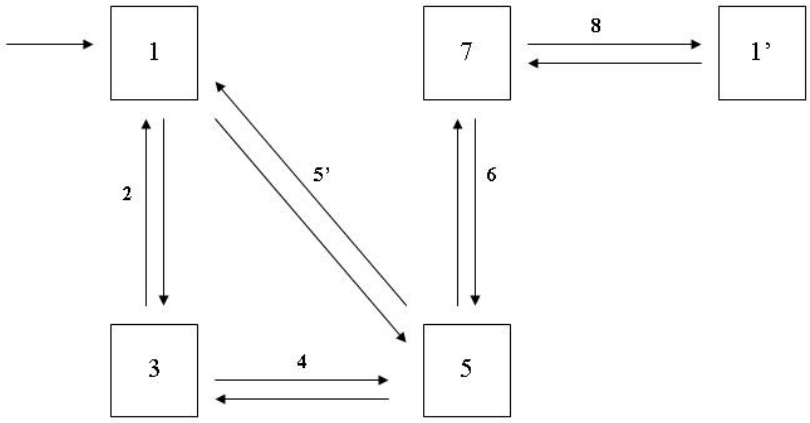
De manière générale, l'art-thérapeute a le souci de favoriser le bien-être et la qualité existentielle de ses patients. Pour ce faire, il cherche à stimuler l'expression, la communication et la relation en utilisant l'activité artistique comme processeur de soin. Il souhaite ainsi maintenir ou restaurer chez les patients la confiance, l'affirmation et l'estime de soi. Selon les objectifs et la stratégie thérapeutique adoptés, il établit des fiches d'observation et des évaluations des mécanismes mis en œuvre par le patient pour produire un acte volontaire dirigé vers l'esthétique.

L'opération artistique, qui est l'organisation en différentes phases de l'activité artistique, va lui permettre de mener ses analyses. Le phénomène artistique, qui en est une composante, face visible des mécanismes activés par le patient, va étayer ses observations.
Pour expliciter ces propos, *il est possible de décomposer les différentes étapes propres au comportement créatif_ qui peuvent devenir des cibles thérapeutiques*.
Tout être humain évolue au sein d'un contexte socioculturel qui forge son histoire, sa culture,

[25] Voir Annexe 2: Classement du degré de dépendance de la personne âgée selon la grille AGGIR, Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources

sa langue, éventuellement ses goûts et sa sensibilité. Tous ces éléments sont constitutifs de sa personnalité et sont issus de son expérience et de sa perception du monde.
Il va s'en imprégner et s'en faire une représentation.
Lorsqu'il rencontre des choses du monde existantes et rayonnantes car appartenant au monde sensible, l'être humain muni de capteurs sensoriels capte ces stimuli sur un mode global, non attentionné. Va ensuite s'opérer un traitement archaïque de l'information sur un mode plus orienté. Dans un contexte de sécurité, ces impacts sensoriels vont laisser une trace dans le corps physique et l'activité mentale. Ces étapes sont constitutives d'une première phase d'impression. Dès lors, ces stimuli vont être susceptibles de devenir des incitations à des activités expressives structurées. En effet, lors de la quatrième phase, au moyen d'un traitement sophistiqué de l'information, s'élaborent des mécanismes d'abstraction et de représentations, qui donneront lieu à des intentions. C'est alors que se détermine le passage des impressions à l'expression. Dans un cinquième temps, constitutif comme le suivant de l'action, s'effectue le lancement de l'acte volontaire dirigé, sous la forme d'un élan ou poussée corporelle. Dans un sixième temps, cet entraînement corporel va conduire à la mise en œuvre de techniques et d'un savoir-faire, mettant en jeu le style de la personne qui cherche à atteindre un idéal esthétique. Cette succession de mouvements organisés œuvrant à la cohésion entre un fond et une forme donnent lieu à une production. Et enfin, dans un huitième temps qui est appelé traitement mondain, l'œuvre réalisée peut donner lieu à une exposition ou une représentation, et gagne en autonomie en devenant à son tour une chose du monde.

Schéma de synthèse de l'opération artistique [26]



L'avant ⟶
1 : l'œuvre d'art
2 : rayonnement et captation
3 : traitement archaïque de l'information
4 : traitement sophistiqué de l'information
5 : poussée corporelle
6 : techniques et savoir-faire
7 : production
8 : traitement mondain
1' : une nouvelle chose du monde artistique
5' : contemplateur actif

[26] Pour une présentation plus détaillée de l'opération artistique, consulter FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, Lausanne, 1999-2007, pp.172-185.

Les phases 1, 2, 3, 4 correspondent aux impressions.
Les phases 4, 5, 6 ,7 correspondent à l'expression.
La phase 8 relève de la relation et de la communication.

Au sein du phénomène artistique, la phase 3 génère une intention qui se structure en phase 4 ; les phases 5 et 6 engendrent une action ; la production s'offre en 7 et 8.

2. L'atelier est mis en place.

Les séances d'art-thérapie se déroulent principalement dans une pièce du premier étage.
Celle-ci présente l'avantage d'être munie d'une grande table, d'être lumineuse et donne vue sur un large paysage.
A chaque séance sont installés du matériel varié et des reproductions d'œuvres d'art ; chaque participant y a libre accès.

C. Les études de cas correspondant aux prises en charge sont présentées.

1. Monsieur P. a bénéficié d'une prise en charge individuelle en art-thérapie.

a) L'anamnèse de monsieur P. révèle une apathie et un manque d'implication dans son nouveau lieu de vie.

Monsieur P. est né en 1940. Il n'est pas de la région. Il a été employé à la S.N.C.F._ et révèlera avoir pratiqué le dessin technique dans le cadre de ses activités professionnelles.
Il n'a pas d'attaches familiales connues.
Il a connu la précarité et a été sans-domicile-fixe pendant quelques années. Il en résulte des difficultés à vivre en collectivité et une tendance à l'isolement.
Monsieur P. est résident de l'EHPAD Goxa Leku depuis mai 2009.

Son dossier médical mentionne un alcoolisme sevré, une démence vasculaire et un état dépressif à traits psychotiques, induisant des hallucinations et un syndrome de persécution. Il éprouve aussi des troubles de l'équilibre à l'origine de troubles de la marche. A son arrivée il avait quasiment perdu ses capacités locomotrices et restait beaucoup dans sa chambre. Il a depuis fait d'énormes progrès et se déplace seul dans l'établissement, prenant appuie sur une canne. Il se repère suffisamment pour retrouver seul sa chambre et le réfectoire.
Lui ont été prescrits trois neuroleptiques : le Lepticure, l'Haldol et le Nozinan, ainsi qu'un antidépresseur, entraînant une rigidité lors des déplacements, un ralentissement global et une fixité du regard.

Plutôt en retrait, dans l'observation des va-et-vient et une sorte d'indifférence, il s'assoie souvent à sa table de déjeuner. Il ne participe que peu aux animations. De fait, seul il ne se fixe pas de but ou de réel projet pour la journée. Cela restreint ses gratifications sensorielles et il se prive ainsi de toute action, de tout plaisir. Cela restreint aussi son existence sociale ; son affirmation, sa confiance et son estime ne peuvent que peu s'exercer car il ne s'investit que modérément dans la vie du groupe. Monsieur P. s'est toutefois récemment adonné à la mosaïque sur sollicitation de la psychomotricienne arrivée récemment. Il dira avoir apprécié cette activité et son travail lui a été remis dans sa chambre.

b) Une stratégie thérapeutique est établie afin de lutter contre son apathie et lui permettre d'investir son lieu de vie. Elle exploitera les arts plastiques et visera l'amélioration de la confiance, de l'affirmation, de l'estime.

Un objectif global, indiqué par le médecin, est fixé à l'ensemble du personnel intervenant auprès de monsieur P. : *lutter contre l'apathie*. En effet, monsieur P. s'investit peu, participe peu et a tendance à se déprécier s'il n'est pas stimulé. Par ailleurs il ne s'approprie pas du tout sa chambre et lors de nos premiers entretiens, semble inquiet et dit ne pas être sur de rester longtemps dans les lieux, comme soumis à une décision qui ne lui appartient pas. Sa confiance en l'avenir est mise à mal.

Les objectifs intermédiaires sont les suivants :

-*enrichir ses impressions* ; les gratifications sensorielles pourront peut-être réenclencher l'envie de faire, l'intention, l'élan, les actions et les productions ; nous lui proposerons le dessin qu'il a déjà pratiqué (et ce pour conforter son estime et le sécuriser par une activité proche de son expérience professionnelle). Par ailleurs, les éventuelles gratifications sensorielles que pourront lui procurer les arts plastiques seront ainsi préservées de la fatigue, puisqu'il peut mener cette activité assis.

-*Exploiter sa motricité*, capacité saine chez lui, pour restaurer le goût d'entreprendre retrouver le plaisir de faire et le sens de l'effort et de la persévérance.

-*Investir sa chambre* au moyen d'une activité volontaire dirigée vers l'esthétique.

- *Restaurer l'affirmation de ses goûts et de son style* ; lui permettre une reconnaissance des soignants et des résidents.

-*Restaurer l'estime et la confiance* pour qu'il se projette dans un projet et dans l'avenir.

c) Les temps représentatifs des 14 séances[27] individuelles sont décrits.

Les séances d'art-thérapie individuelles_ pour éviter sa passivité_ ont lieu à raison d'une fois par semaine, pendant une heure.

Suite à la consultation de différents ouvrages d'art, monsieur P. manifeste un intérêt pour les arts visuels, et les œuvres figuratives en particulier.

Suite à notre proposition de dessiner, il choisit de reprendre un tableau du Douanier Rousseau intitulée *Le rêve*. Il aime cette représentation de végétation luxuriante où se dissimulent des animaux sauvages ; y figure également une femme étendue sur un sofa.

C'est à la reproduction de ce nu féminin que va se consacrer monsieur P.de S1 à S4.

De S1 à S3, monsieur P. dessine sans réelle confiance. Il trace puis efface frénétiquement ce qu'il vient de réaliser. Néanmoins, il a le souci de bien faire, recommence et aime l'activité. Mais il doute de ses capacités ; son idéal esthétique lui paraît éloigné et il se dévalorise. Pourtant il persévère : « j'essaierai de faire mieux sans y croire », dit-il. Il veut l'améliorer et fait preuve de persévérance, mais ce n'est jamais assez bien pour lui. Il déclare pourtant avoir passé un bon moment à chacune de ces séances

En S4, j'impose une contrainte : ne pas utiliser de gomme et l'encourage à poursuivre sans regarder le modèle. A partir de ce moment, il dessine sans interruption et termine sa production sans en être vraiment satisfait.

En S5 et S6 parmi des modèles animaliers, il choisit de représenter un tigre puis un cheval ; afin de lui redonner confiance, une aide lui est proposée : il utilisera du papier carbone pour tracer les lignes directrices. Son temps d'action augmente. Il s'avère plus satisfait de ces résultats et sourit. C'est lui qui demande à avoir pour modèle une girafe pour la séance suivante.

[27] Nous désignerons les séances par l'abréviation S.

En S7, familiarisé avec ces figures animalières, il dessine à main levée ; c'est une technique plus difficile, mais lui procure d'autant plus de confiance et de fierté qu'il arrive seul à reproduire une forme à la hauteur de son idéal. Sa confiance en est augmentée. Même s'il a besoin de conseils, globalement la durée de son tracé est plus élevée.
Regardant les trois dessins, il se dit satisfait.

En S8, afin de valoriser son travail et conforter ses impressions, je propose à monsieur P. de réaliser une composition rassemblant tous ces animaux. Il dispose pour se faire de papiers de motifs et coloris variés, ainsi que de magazines où il peut découper des animaux. Cela suppose qu'il affirme ses goûts, ses choix et organise l'espace dont il dispose, un format raisin. La technique du collage est plus accessible et doit permettre de lui procurer des gratifications sensorielles et le plaisir de faire. Je lui propose aussi de destiner cette composition à la décoration de sa chambre, chose qu'il accepte en voyant le résultat : « ça a de la gueule ! » dit-il. Pour finir la séance il consulte un livre présentant des œuvres de Soutine. Il exprime le souhait de reprendre à la peinture une de ses œuvres, la cathédrale de Chartres. La technique de la peinture ne lui est pas familière et peut constituer un plaisir nouveau et stimulant. La motivation de monsieur P. sera peut-être décuplée par l'affection qu'il porte au fond du tableau ; l'œuvre lui rappelle cette région dont il était familier étant plus jeune. Ce nouveau procédé pour lui permettra aussi d'observer si sa confiance se maintient par rapport à l'inconnu et aux imprévus.

De S9 à S14_ sauf en S13_ monsieur P. vient de lui-même à l'atelier, après avoir été informé de l'horaire de la séance.

De S9 à S14 c'est donc la peinture qui est la technique dominante.
A partir de la séance S9, après rappel de l'horaire de séance, monsieur P. nous rejoint seul à l'atelier. Son élan et sa motivation augmentent.
En S9, monsieur P. dit fièrement avoir été complimenté pour les dessins accrochés dans sa chambre.
A la vue du tableau de Soutine, monsieur P. reformule le souhait de le peindre. Je lui propose une reproduction ou figure le dessin, afin de le laisser se concentrer uniquement sur les choix de couleurs, des mélanges à effectuer et des choix de pinceaux. Il veut rester fidèle aux couleurs originales. Je lui montre la manière de procéder pour retrouver les valeurs et les tons. La séance est plutôt didactique. Il s'essaie à la technique et dit apprécier.

En S10 et S11, le matériel varié étant à disposition, monsieur P. se saisit seul des tubes et pinceaux adéquats, et s'exerce avec un léger guidage. Il fait preuve de persévérance, mais préfère ne pas s'avancer sur la qualité du travail, car il lui reste beaucoup à faire.
En S10 un autre patient venant en séance le félicite en le voyant à l'œuvre : « je ne savais pas que je mangeais à la table d'un artiste » ; cette remarque surprend monsieur P. de manière positive ; il sourit.

En S12, sa confiance semble en avoir été raffermie, car monsieur P. lance : « vous allez voir demain dans le journal : nous avons découvert un grand talent ! » ; il se compare avec humour aux peintres de Montmartre et se met énergiquement en action, en se fixant le but d'avancer sa réalisation.

En S13, les résidents sont informés dès le matin qu'un spectacle de cirque va avoir lieu. Monsieur P. accepte de venir en séance mais son attention et son élan sont parasités par l'événement. Il regarde fréquemment sa montre ; une agitation peu commune règne dans les couloirs. La séance est écourtée. Si la séance n'a pas pu bénéficier de conditions favorables, il n'en reste pas moins que monsieur P. s'est montré réceptif à un stimulus extérieur ; ce jour là il a tout de même fait preuve d'élan et d'intérêt envers le cirque, qu'il ne voulait surtout pas rater. Cela dénote un changement de comportement positif, puisque le but des séances d'art-thérapie est bien de lutter contre son apathie et de lui permettre d'investir les lieux.

En S14, monsieur P. se fixe le but de terminer sa peinture, ce qu'il réalise ; en la regardant avec ces quelques jours d'interruption, il s'exclame : « Ah pas mal ! ». Il utilise un

matériel varié (peinture, crayon, feutre) pour les dernières améliorations et se considère satisfait du résultat.
Il accepte que soit travail soit exposé dans un espace commun de l'EHPAD, puis ses travaux regagneront sa chambre.

Lors d'une dernière rencontre, monsieur P. confiera avoir été heureux de faire de la peinture, chose dont il ne se croyait pas capable. Lors de l'exposition, qui correspond au « traitement mondain », il a été plusieurs fois félicité.

d) Afin d'évaluer les progrès de monsieur P., nous sélectionnons des items d'observation concernant son comportement en séance et présentons les résultats graphiquement.

Tout au long de la prise en charge, une grille d'observation soutient nos évaluations.
Afin d'évaluer l'atteinte des objectifs et une amélioration du bien-être de monsieur P., des faisceaux d'items d'observation sont établis.

Dans la catégorie relevant de l'intention, nous cotons son désir de participer à une activité artistique. Cet élément nous permet d'observer son *élan* et sa *motivation*.
Nous évaluons également son *initiative* face à la conception du projet en cours ; et ce afin de mesurer s'il devient plus autonome.

Dans la catégorie propre à l'évaluation de l'action de monsieur P., nous observons sa *capacité à faire des choix* concernant la technique, les couleurs, les formes, les outils. Tous ces éléments contribuent à personnaliser le style de quelqu'un et doivent nous permettre de dire si l'affirmation de soi chez monsieur P. progresse.
Alors qu'il a tendance à ne pas participer, nous évaluons la *durée globale de son action* sur une séance d'une heure, ce qui traduit sa productivité et l'énergie qu'il est susceptible de déployer ; nous nous attachons aussi à un élément complémentaire : la qualité de son action, c'est-à-dire *sa constance dans l'action*.
La progression ou non de sa *persévérance* traduit selon nous sa capacité à mener à terme un projet. En effet, réaliser un acte volontaire dirigé vers un but donne du sens au temps, à la manière dont une personne se projette dans l'avenir. La persévérance est aussi tributaire de la confiance.

Concernant son regard sur sa production, nous cherchons à évaluer la *confiance* et *l'estime* ; et ce à travers l'évaluation de deux items : sa *communication verbale* et sa *communication non verbale* lorsque nous évoquons la production réalisée en séance.
Enfin, nous observons aussi son *implication* ; il s'agit de mesurer si monsieur P. peut trouver l'activité esthétique suffisamment valable pour la mener à son terme. Si effectivement il estime sa production, il est susceptible de gagner en confiance et estime de soi.
Nous cherchons aussi à mesurer sa capacité à porter intérêt à un stimulus extérieur_ l'activité esthétique, à travers l'investissement affectif. En effet l'état de base met en lumière un certain désintérêt. Nous évaluons donc sa capacité à se créer un but, à travers l'item « devenir de la production » ; et en complément, sera mesuré son investissement affectif, à travers l'item intitulé « plaisir suscité par l'activité », qui se rapporte au Bon. Il s'agit d'observer si la multiplication des impressions conforte le désir et le plaisir de faire.

Cotation des items révélateurs de la motivation et de l'autonomie de monsieur P. :
- Motivation : Désir de participer à une activité :
1. pas du tout ; 2. un peu ; 3. assez ; 4.beaucoup ; 5. énormément.
- Autonomie : Initiateur du projet : 1. passif/ indifférent ;2.soumis aux propositions extérieures/ exécutant ; 3. formule un souhait, (mais recherche un assentiment extérieur) ; 4. propose un projet (et recherche un guidage) ; 5.décide seul du fond et de la forme.

Résultats évaluatifs de monsieur P. concernant l'autonomie et la motivation :

ITEMS	SEANCES													
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14
INTENTION														
Désir de participer	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	5
Initiateur du projet	2	3	2	3	3	3	3	2	3	4	4	5	1	5

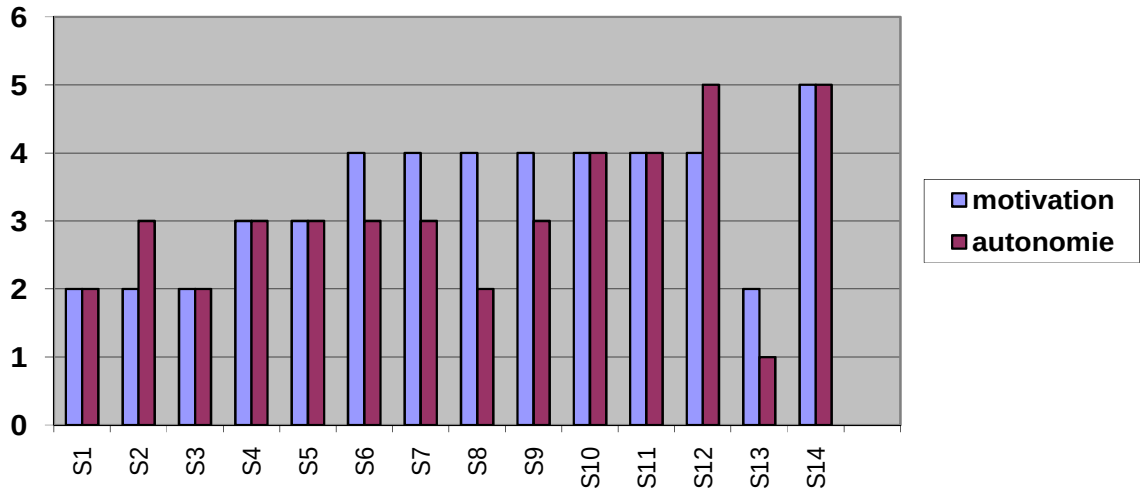


Figure 1 Evaluation de l'intention chez monsieur P.

Concernant l'évolution de l'intention chez monsieur P., nous observons, hormis en S9 et S13, une augmentation de la motivation et de l'autonomie. Cette dernière culminant en fin de prise en charge, au moment où monsieur P. avait gagné en confiance technique et en style. La motivation n'a atteint le stade « 5 » de notre cotation qu'en S12 et S14 ; son désir de participer a progressé mais supposait généralement des propositions extérieures de l'art-thérapeute et c'est en fin de prise en charge qu'il a réellement organisé son intention seul.

Cotation des items concernant l'action de monsieur P. :
- Réalise des choix techniques, formes, couleurs, outils :
1. pas du tout ; 2. un peu ; 3. assez ; 4. beaucoup ; 5. énormément.
- Durée globale de l'action : 1. inexistante/ moins de 5 mn. ; 2. entre 5 et 10 mn. ;
3. entre 10 et 20 mn ; 4. entre 20 et 30 mn. ; 5. au delà de 30 mn.
- Qualité de l'action : 1. inexistante ; 2. à peine initiée ; 3. Par intermittence ;
4. continue sur de courtes périodes ; 5. soutenue.
- Persévérance : 1. inhibition/ absence d'élan ; 2. efface/ s'arrête ; 3. efface et recommence
4. persévère avec consignes/ encouragements ; 5. persévère spontanément.

Résultats évaluatifs de monsieur P. concernant l'action :

ITEMS	SEANCES													
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14
ACTION														
Capacité à faire des choix	2	2	2	3	3	3	3	4	3	3	4	5	2	5
Durée globale de l'action	2	3	3	4	4	4	5	5	4	4	5	5	3	5
Qualité de l'action	3	3	3	4	4	5	4	5	4	4	5	5	3	5
Persévérance	3	2	3	4	4	5	4	4	4	4	5	5	1	5

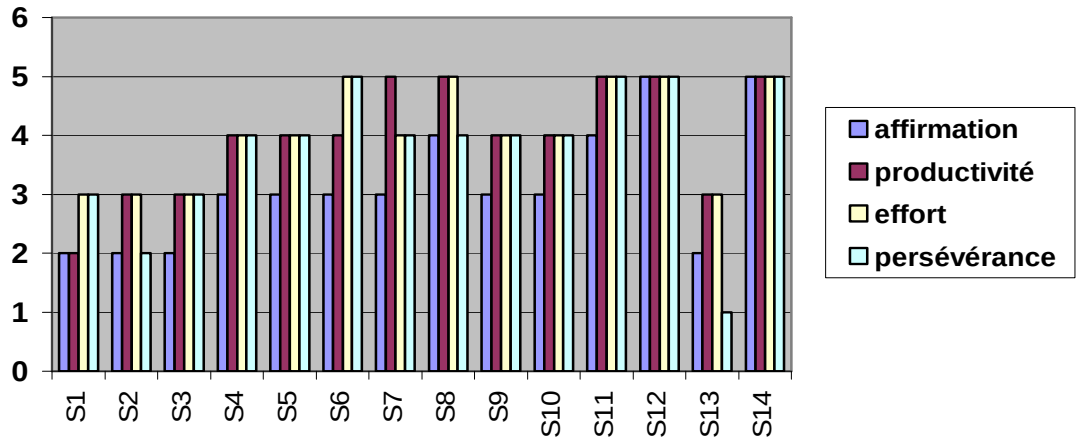


Figure 2 Evaluation de l'action chez monsieur P.

Concernant l'action, nous avons également pu constater une progression positive. Monsieur P. a affirmé de plus en plus ses goûts, choix techniques et formels ; et lorsque ses résultats baissent à nouveau, c'est qu'il avait besoin de gagner en confiance face à une nouvelle technique

La productivité et l'effort augmentant aussi par rapport au début de prise en charge, les productions de monsieur P. ont gagné en qualité et lui ont procuré une autosatisfaction plus grande. La persévérance, témoignant de sa confiance en la valeur des projets exécutés suit la même progression.

Items observés face à la production :
-Communication verbale sur la production :
1. ne sait pas ; 2. négative ; 3. modeste ; 4. reconnaît des qualités ; 5. pleinement satisfait.
- Communication non verbale :
1. absence de regard sur son travail ; 2.regard fuyant/ négatif ; 3. regard dubitatif/ fait la moue ;
4. regard approbateur et/ ou sourire ; 5. regard radieux.
- Devenir de la production : 1. désintérêt/ pas achevée ; 2.poursuivra s'il le faut ;
3. veut poursuivre ; 4. veut poursuivre et conserver ; 5.veut l'exposer/ la montrer.
- Plaisir contemplation/ action : 1. inexprimé ; 2. aucun ; 3. un peu ; 4.assez ; 5. beaucoup.

Résultats évaluatifs de monsieur P. relevant du regard sur la production et de son implication face à la production :

ITEMS	SEANCES													
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14
PRODUCTION														
Communication verbale	2	2	2	3	4	4	4	5	4	3	3	4	3	4
Communication non verbale	2	2	2	3	4	4	4	5	3	3	4	4	3	5
IMPLICATION														
Devenir de la production	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	5
Plaisir suscité par l'activité	3	3	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	2	4

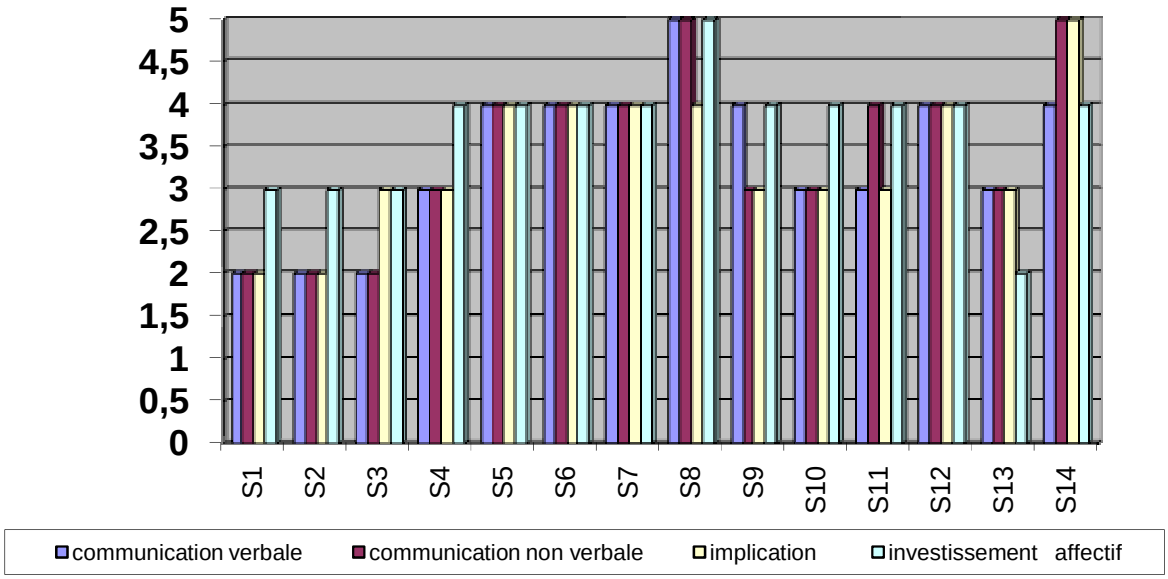


Figure 3 Evaluation du regard critique de monsieur P. face à la production.

De manière similaire, alors que progressaient sa confiance, son élan et sa capacité d'action, son estime et la valeur attribuée aux productions ont augmenté. Elles ont culminé en S8 où a été réalisée la composition réunissant et mettant en valeur tous ses dessins, puis en S14 où monsieur P. à force d'efforts et de persévérance s'est prouvé qu'il était capable de réaliser une peinture digne d'être montrée et à la hauteur de son idéal esthétique.

e) Le bilan de prise en charge de monsieur P. est effectué.

Suite à nos sollicitations, en début de prise en charge, monsieur P. se montre capable d'élan, mais il n'est pas réellement initiateur d'un fond. Concernant la forme, ses progrès sont plus rapides.

Les premières séances, de S1 à S3, monsieur P. exécute s'il y est invité ; il est capable d'effort mais manque de confiance. Paradoxalement, son élan et son action sont négatifs ; en effet, il souhaite atteindre un idéal esthétique, mais n'est jamais satisfait et efface constamment son propre travail, ce qui nuit à sa confiance et son estime.

Les dessins réalisés au calque permettent de réassurer monsieur P. car il est plutôt satisfait. Ses gratifications sensorielles sont plus agréables pour lui, et il apprécie de se voir proposée une activité esthétique. Le fait d'avoir impulsé des impressions et une action ont un peu conforté sa confiance et il est alors prêt pour s'adonner à des activités techniquement plus difficiles, mais qui justement représentent un défi à ses yeux.

A partir de S3, S4 la durée globale de son action tend à augmenter ; il reprend confiance et se détache un peu des modèles pour affirmer davantage un style personnel.

En S5 et S6, il manifeste sa satisfaction face à sa production ; son estime et sa confiance augmentent. Il est plus affirmé pour le choix d'un fond.

En S7, la satisfaction et l'estime se maintiennent, mais concernant l'intention, il a toujours besoin que quelqu'un lui propose de faire une activité esthétique.

En S8, son intention diminue car l'art-thérapeute lui soumet la finalité de la séance : investir sa chambre avec des productions personnelles, susceptibles ainsi d'être vues par d'autres et contemplées par lui. Si effectivement les compliments reçus pour ses dessins confortent son estime, le développement de l'élan et de l'intention restent des objectifs à améliorer.

En S9 et S10, il ressent la fierté du travail accompli. La multiplication des impressions artistiques, le ressenti face au matériau, la vue de ses progrès techniques nourrissent son élan. Chaque nouvelle production devient une preuve matérielle de ses potentialités, ce qui donne lieu à une personnalisation de sa chambre, mais aussi à des échanges avec le personnel ou d'autres résidents. Ce changement de regard que les autres lui communiquent en le félicitant, alimente à son tour de nouvelles fierté et l'envie de découvrir une nouvelle technique.

A partir de S9, monsieur P. accepte et souhaite se confronter à une technique inconnue ; cela diminue quelque peu sa confiance car il doit se familiariser avec la peinture, mais cela augmente dans le même temps son élan et son action.

En S13, si monsieur P. s'est détourné de l'atelier c'est pour contempler un spectacle proposé à l'ensemble des résidents ; il fait preuve d'affirmation et d'élan en s'y rendant ; il manifeste aussi une plus grande attention aux événements qui ponctuent son lieu de vie ; enfin cela montre qu'il peut s'intéresser à l'extérieur, alors qu'en début de prise en charge son apathie était et motrice et affective.

En S14 monsieur P. concrétise son projet puisqu'il termine le tableau inspiré de Soutine. Lui-même reconnaît une fierté face à une production qu'il n'aurait au départ pas pensée à sa portée.

Une exposition vient clore la prise en charge. Celle-ci met à jour ses capacités et conforte son appartenance aux lieux, puisque de nombreuses personnes lui témoigneront de l'admiration. Ses productions deviennent des preuves tangibles de ses capacités et seront à leur tour peut-être les points de départ de nouvelles expressions orientées vers l'esthétique.

Cette étude de cas nous permet de souligner l'importance des stimulations sensorielles, en l'occurrence en EHPAD dans l'optique d'enrichir les impressions puis susciter des actions à visée expressive.

En définitive, l'état de monsieur P. s'est amélioré. Il est devenu plus actif tant sur le plan moteur que sur le plan mental. Ses actions sont devenues plus longues et plus régulières. Ses intentions ont été plus affirmées. Alors qu'en début de prise en charge, monsieur P. suivait et choisissait parmi différentes propositions extérieures, en fin de prise en charge il formule lui-même le projet qu'il souhaite mener. Par ailleurs suite aux nombreuses impressions qui lui ont été proposées, monsieur P. s'est montré de plus en plus intéressé et de plus en plus impliqué.

L'activité a favorisé l'affirmation de ses goûts et de son style. Alors qu'au départ, monsieur P. était peu assuré dans l'utilisation du matériel et n'était jamais satisfait, par la suite, sa confiance a augmenté. Il a même utilisé une technique jusque là inconnue, ce qui présentait un risque. Il a aussi fait preuve de persévérance, et s'est montré plus confiant face à l'avenir.

Par le traitement mondain, sa confiance a été encore confortée, et son estime revalorisée.

Enfin, il a investi sa chambre, et même occupé un espace collectif lors de l'exposition. Ainsi, il a intégré l'idée que lui aussi faisait partie du groupe des résidents. Il a d'ailleurs noué des liens avec monsieur C. et s'est vu félicité par le personnel.

2. Madame E. bénéficie d'une prise en charge individuelle en art-thérapie.

a) Nous présentons l'anamnèse de Madame E.

Madame E. est née en 1919.
Elle a travaillé avec son mari en région parisienne. Elle a un fils et des petits-enfants vivant en Normandie.
Le couple est ensuite revenu vivre au Pays Basque au moment de la retraite. Son mari est décédé depuis.
Elle a continué de vivre seule dans sa maison et lorsque des ennuis de santé sont apparus, des infirmières à domicile et une auxiliaire de vie lui ont rendu visite quotidiennement. Son état s'étant fortement dégradé, son fils a du se résoudre à la placer en EHPAD. Son arrivée en institution n'a pas été réellement préparée.
Elle est arrivée dans l'EHPAD en 2009. Son auxiliaire de vie continue de lui rendre visite et communique avec son fils. Selon cette dernière, Madame E. aimait alors beaucoup parler mais a toujours été quelqu'un de solitaire.

A son arrivée, elle déambulait beaucoup, et souffrait d'une grande désorientation et d'une grosse anxiété. Son fils dit lui connaître un terrain anxiodépressif de longue date.
Suite à un épisode démentiel, elle a été hospitalisée ; elle souffre de dépersonnalisation. A son retour, son agitation notamment verbale, était difficilement tolérée par les autres résidents ; les bruits environnants lui étaient intolérables au sein de l'espace de vie collectif. Depuis, pour son confort et celui des autres, elle reste en chambre, ce qui accroit son isolement mais semble l'avoir tranquillisée.
Des neuroleptiques lui ont été prescrits ; s'ils apaisent partiellement son agitation, ses propos continuent d'exprimer des angoisses, à caractère parfois mystique.

b) Comme le révèle l'état de base, madame E. est pénalisée à plusieurs titres : elle présente des troubles du comportement et des troubles cognitifs qui limitent l'expression, la communication et la relation.

Madame E. présente des troubles de l'expression, de la communication, et de la relation.

La démence induit des troubles cognitifs importants concernant notamment la mémoire ou la planification. Elle présente aussi un trouble du comportement, comme nous l'avons mentionné auparavant. Selon le médecin coordinateur de l'EHPAD sa capacité intentionnelle est également lésée.
Madame E. est très dépendante_ GIR1_. Elle ne marche plus du tout.

C'est une femme frêle, à l'apparence fragile et au regard inquiet que nous rencontrons dans sa chambre. La télévision y est constamment allumée. Elle est installée dans un fauteuil, avec à portée de mains des revues, ou des romans, ainsi que des coloriages, qu'elle fait parfois seule, de manière archaïque. Concernant ses lectures elle n'est pas capable de donner un résumé de l'histoire ni de rappeler le nom des protagonistes; elle peine à trouver ses mots. Son visage est peu expressif, hormis dans les moments d'anxiété. Lors de nos premières rencontres, elle répète comme un leitmotiv_ sans attendre de réponse en retour : « je ne suis plus rien », « je ne sais plus où j'en suis », « emmenez-moi », « ayez pitié de moi ». Elle présente une grande agitation verbale et motrice : son expression et sa communication sont uniquement orientées vers la manifestation de son mal-être. Et cette anxiété quasi permanente est responsable de sa solitude et de son retrait social. Cela l'empêche de pouvoir affirmer sa personnalité.
Si cette vie en chambre lui procure une certaine tranquillité, il n'en reste pas moins que les occasions de communiquer s'en trouvent réduites ainsi que le plaisir qu'elle pourrait retirer de gratifications sensorielles positives et agréables.

c) La prise de connaissance de son histoire de vie et son état de base nous conduit à établir une stratégie thérapeutique dont l'objectif principal est d'induire un bien-être.

Dans un premier temps réalisées en atelier, les séances ont ensuite majoritairement lieu en chambre, seul environnement qui semble sécurisant pour elle.

Différents *objectifs intermédiaires* apparaissent :
- *créer un climat sécurisant et calme.*
- *réduire l'anxiété.*
-*induire des sensations et émotions agréables* afin d'améliorer sa qualité de vie et son bien-être.
- lui permettre d'*exprimer ses goûts* (ce que l'isolement et la solitude entravent) afin de pallier au sentiment de dépersonnalisation.
- réinstaurer la possibilité de *faire des choix*, concernant les couleurs par exemple et la possibilité de participer à l'activité.
- favoriser *son expression à travers l'action artistique* - Exploiter ses facultés motrices restantes(les mains) pour qu'elle puisse révéler un style personnel et opérer un contrôle sur un objet extérieur : la production artistique (elle qui semble subir ses journées sans possibilité d'emprise sur le quotidien).
- *restaurer la possibilité d'une relation apaisée*, qui ne s'inscrive pas uniquement dans l'indifférence ou l'opposition.

d) La stratégie thérapeutique adoptée pour atteindre ces objectifs exploitera dans un premier temps les arts plastiques, le chant et la musique dans un second temps.

Dans un premier temps, les séances exploiteront les arts plastiques ; en effet, ses capacités cognitives sont restreintes, mais sa motricité manuelle correspond chez elle à une capacité saine. Sa vue est également préservée : même si elle porte des lunettes, madame E. distingue les couleurs les unes des autres et les manipule en coloriant.

Nous pensons que les arts plastiques, à travers la contemplation ou la réalisation, peuvent susciter des sensations visuelles agréables, offrant ainsi un contre-point à son isolement en chambre.
Par ailleurs, sachant que les capacités mnésiques de madame E. sont très réduites, les arts plastiques présentent l'avantage de conserver une trace de l'action à travers la production.
Face au sentiment de dépersonnalisation de madame E., la manipulation de formes et de couleurs pourraient lui permettre d'exprimer ses goûts et donc d'affirmer sa personnalité.
Ensuite, l'action engendre l'utilisation d'une technique et révèle un style, une coloration personnelle donnée à toute réalisations ; cela pourrait également conforter l'affirmation de soi.
Ensuite, agir sur un support ou un matériau permet aussi à la personne d'exercer un contrôle, aussi furtif soit-il, par le biais de choix esthétiques ; or madame E. par ses propos manifeste l'idée de ne pas avoir de prise sur son quotidien.
Enfin collaborer en vue de produire une « œuvre » peut susciter une connivence et favoriser la relation à travers le partage d'une activité commune et du plaisir qu'elle peut susciter.

Dans un second temps le chant et l'écoute musicale seront exploités, afin de développer l'attention à l'extérieur et la capacité à être synchrone avec autrui.
Il s'agit de proposer des stimuli auditifs, plaisants ou non, qui amènent la possibilité d'affirmation de goûts personnels.
Il s'agira aussi avec la musique de puiser dans un répertoire appartenant à sa culture pour espérer induire des sensations agréables et lui remémorer des textes plaisants, renvoyant peut-être à son histoire et réveillant la saveur de souvenirs ou d'émotions passées.

L'exploitation de la musique ne nous paraissait pertinente en début de prise en charge car madame E. est réfractaire aux bruits ; cependant la musique diffère du bruit dans le sens où il s'agit d'une succession organisée de sons créant un tout harmonieux ; l'anxiété de madame E. diminuant au fil des séances, il nous a semblé envisageable de l'utiliser.

e) Madame E. bénéficie de treize séances individuelles en art-thérapie.

Madame E. affectionnait le tricot, mais cette activité devient difficile ; bien que répétitive, et donc plus abordable sur le plan cognitif, l'action induit chez elle une fébrilité et elle peine à retrouver les points qu'elle a l'habitude de faire. Cela dénote tout de même un plaisir éprouvé lors de la pratique d'activités manuelles.

En début de prise en charge, madame E. a parallèlement participé à un atelier de modelage en psychomotricité avec d'autres résidents. Il n'a pas été concluant, occasionnant une grande anxiété chez madame E. Nous décidons donc de mener les séances d'art-thérapie individuellement.

Les cinq premières séances ont lieu en atelier, dans le même étage que la chambre de madame E. mais ce changement de lieu s'avère perturbant pour elle. Nous choisissons donc de poursuivre les séances suivantes en chambre afin de la sécuriser.
Lors du premier entretien, nous constatons que madame E. est impuissante à formuler des réponses à des questions ouvertes ; de même elle ne parvient pas à formuler spontanément le contenu d'une activité qui lui plairait.
Toujours lors de la première rencontre nous proposons des exercices dirigés à madame E. afin d'observer ses capacités visuelles. Il lui est demandé de nommer les couleurs organisées dans des carrés devant elle. Puis il s'agit pour elle de colorier des carrés vierges sous lesquels ont été écrits les noms de couleurs correspondant. Il s'avère que sa discrimination visuelle est opérante : elle reconnait et distingue les couleurs les unes des autres.
Mais lors de cet exercice, nous constatons que le poignet et la main de madame E. sont très crispés sur les feutres. Nous lui proposerons donc ultérieurement une approche des couleurs peintes. En effet la peinture glisse plus facilement sur le support ce qui peut améliorer les gratifications sensorielles et le confort de madame E.

Nous lui proposons également de consulter un ouvrage d'art afin de voir si elle est sensible à la contemplation d'œuvres d'art, ainsi que pour connaître ses goûts. Il s'avère que madame E. apprécie la peinture, plutôt figurative. Elle trouve jolies les falaises d'Etretat de Monnet, la mer et la nature. Par ailleurs malgré son anxiété en début de rencontre, le rayonnement des œuvres parvient à susciter une captation, une attention et même une expression sommaire de ses goûts.
Madame E. étant pénalisée sur le plan de l'intention, néanmoins à chaque séance lui sera faite la proposition de participer à une activité artistique, et ce afin de susciter des choix et lui permettre d'être actrice des séances.

De S1 à S4 sont proposées des activités de peinture qu'elle accepte. Son anxiété est élevée mais elle décroit progressivement en cours d'activité.

En S1 et S2, à la vue d'un paysage, elle accepte de le reproduire à la peinture. La communication est d'abord orientée vers l'expression de plaintes mais ensuite elle se dirige vers les couleurs. Son action nécessite un guidage directif, sans quoi elle devient fébrile. Néanmoins me voyant disposer les couleurs, elle signifie une envie, puisqu'elle m'intime de me dépêcher. La possibilité d'affirmer un goût est opérante car elle trouve la production affreuse. L'anxiété ayant été légèrement canalisée, elle dira tout de même avoir aimé peindre et avoir passé un bon moment. Au moment de la quitter son anxiété augmente à nouveau et elle me déclare « je voudrais être avec quelqu'un ».

En S3 toujours en peinture, il lui est proposé de choisir entre deux formes et trois couleurs ; elle choisit celle qu'elle trouve « joli » et peint avec application et patience, optant pour un bleu ciel.

En S4, elle est à nouveau très anxieuse en début de séance. Elle accepte tout de même de mettre en couleurs une illustration de la fable *Le Corbeau et le Renard* qu'elle choisit parmi trois propositions. Elle sollicite mon aide pour recharger le pinceau et accepte que je peigne avec elle ; Mais « bien sûr » dira-t-elle. L'anxiété ayant été légèrement canalisée, elle dira tout de même avoir aimé peindre et avoir passé un bon moment. Là encore l'action et la contemplation des couleurs l'apaisent quelque peu ; elle trouve le résultat joli et la communication verbale se détache de l'anxiété. Toujours dans le but de susciter des impressions agréables, je commence la récitation du corbeau et du renard, qu'elle poursuit spontanément et connaît parfaitement.

En S5, madame E. est très agitée tant verbalement que physiquement. La peinture ne l'intéresse pas. Nous lui proposons une écoute musicale de Léo ferré qu'elle rejette aussitôt.
Elle ne manifeste aucun plaisir et son attention est absente. Elle exprime sa souffrance d'être seule et son mal être.

A partir de la séance S6, nous décidons de proposer un cadre plus familier et sécurisant à madame E., celui de sa chambre. Elle est plus disponible et plus calme dès le début de séance, et son humeur s'améliore même en cours d'activité. Une nouvelle production colorée est réalisée par madame E. qu'elle dira trouver jolie ; elle accepte, suite à ma proposition, qu'elle soit accrochée dans sa chambre, ce qui signifie qu'elle a de la valeur à ses yeux. Par ailleurs une relation s'instaure quelque peu : madame E. me montre de la main un livre qu'elle me demande de lui lire. Elle dira avoir passé un bon moment lorsque je lui pose la question.

En S7, à mon arrivée, plus calme que d'ordinaire, madame E. m'invite à prendre une chaise. Elle accepte de peindre et choisit des motifs floraux. Observant les couleurs et le dessin devant elle, elle instaure même le début de l'action : « bon, bon, allez, faisons-le. ». Elle nomme spontanément une couleur qu'elle trouve jolie ; Mais elle regrette d'avoir un peu débordé des limites des tulipes, ce qui dénote un souci d'application et une orientation vers le beau. Un autre dessin lui étant proposé, elle prend seule le pinceau et une couleur sur la palette. Elle préfère d'ailleurs cette seconde production.
Au moment de mon départ, elle me tend les mains.

Cette séance présente une implication plus importante de madame E., un souci du style ainsi qu'un élan relationnel plus expressif.

En S8, constatant le goût de madame E. pour les fleurs nous lui proposons cette fois une activité de peinture associée à un texte évoquant le même thème : les coquelicots.
Elle présente un certain élan et s'exprime : « il faut les teindre, faisons, allez ! ». Elle reconnaît en avoir réussi deux sur les trois exécutés. Elle concède aimer peindre.
La première proposition de chant avait été repoussée, mais nous souhaitons tout de même l'exploiter. En effet, les paroles peuvent être un support de communication, tout en suscitant un plaisir. Par ailleurs nous souhaitons par le chant et les textes instaurer un face à face et une relation plus importante. Elle refuse de chanter *Colchique dans les prés*, mais entonne l'autre chant proposé : *J'ai descendu dans mon jardin* et y trouve plaisir.

Des séances S9 à S13 nous poursuivons l'exploitation du chant.
En effet, le chant associe une musique et des mots. Il s'agit de poursuivre la recherche de gratifications sensorielles, mais ici auditives tant sur le plan du fond que de la forme. Les textes entendus et chantés peuvent susciter aussi le plaisir de retrouver des stimuli familiers, peut-être toujours en mémoire. Ils peuvent aussi peut-être faire ressurgir des souvenirs et émotions plaisants ou du moins enrichir les impressions de cette dame qui vit en espace clos. Ils peuvent renforcer l'expression et la communication. Ensuite, ils supposent à travers leur lecture de se repérer dans un texte et d'entretenir les capacités cognitives restantes. Enfin le chant duel suppose d' « être ensemble » et d'adopter le même rythme, ce qui oriente les regards et la posture vers l'autre et renforce la relation.

Lors des séances suivantes, des textes sont proposés à la lecture, puis à l'écoute et enfin au chant.

En S9, des chants d'un répertoire connu sont proposés. Madame E. en refuse certains qu'elle n'aime pas. D'autres lui sont plus agréables. Ainsi sur *Le temps des cerises*, elle connaît le refrain de mémoire, de même qu'*A la claire fontaine*, pour lesquels elle adopte le même rythme que moi, s'arrêtant et reprenant si elle va trop vite. Elle manifeste toujours une volonté de bien faire, mais aussi une attention à l'autre. Elle ne présente aucune anxiété durant la séance, et éprouve du plaisir.

En S10, nous lui proposons une sélection de six chansons évoquant Paris, car elle a vécu dans la région. Elle connaît un refrain par cœur, et reconnaît certaines mélodies lors de l'écoute. Concernant *Quand on se promène au bord de l'eau*, la lecture du texte seule suffit à impulser son élan et elle chante le refrain dans le ton juste sans consigne.
Cependant aux questions posées sur la région, elle reste peu expressive et répond seulement par oui ou non. Elle dit avoir passé un bon moment, et accepte que je lui propose d'autres écoutes lors de la prochaine séance.

En S11 madame E. est très agitée en début de séance mais parvient à diriger son attention vers les textes et le chant durant la seconde moitié. Elle s'apaise progressivement et énonce sa préférence parmi les trois propositions. Je lui propose de scander le rythme et elle me tend les mains.

En S12, son humeur est meilleure et elle est disponible pour les activités proposées : des chansons de Brassens. Elle m'indique de me dépêcher lorsque je cherche la bonne piste sur le poste : « mettez-le, mettez-le ». Sur L'Auvergnat de Brassens elle fredonne d'elle-même et fait preuve d'élan. Cette chanson est l'occasion d'échanger sur l'importance de l'amitié et de l'entraide. Elle est plus loquace et expose son point de vue. Son discours n'est à aucun moment altéré par l'anxiété ; elle semble totalement présente et considère que toutes ces chansons sont belles, tout en ayant chacune leur univers. Elle dit aussi éprouver du plaisir et avoir passé un bon moment.

Lors de la dernière séance en S13, madame E. est calme mais également plus fatiguée qu'à l'accoutumée. Sa voix est affaiblie. Elle accepte l'écoute mais présente moins d'élan pour le chant que lors de la séance précédente. Néanmoins elle chante le refrain de *Qu'est-ce*

qu'on attend pour être heureux en me suivant. Elle indique sa préférence pour cette chanson et parle un peu de Paris où elle s'ennuyait car elle travaillait mais ne sortait pas beaucoup.

Lors des séances il est arrivé que le personnel surprenne madame E. chantant. Dès lors, certaines soignantes ont-elles aussi tenté d'initier une communication par le chant.

f) Afin de mesurer l'impact des séances sur le bien-être de madame E., nous allons évaluer l'évolution de son humeur, de ses capacités esthétiques et de ses capacités relationnelles.

Comme nous l'avons dit précédemment, madame E. est très agitée et communique principalement sur son anxiété ; c'est la raison pour laquelle *nous évaluerons son humeur* et constaterons si celle-ci s'améliore en fin de séance et au cours de la prise en charge.

Ensuite nous observerons *ses capacités esthétiques* ; nous présupposons que l'activité artistique pourra canaliser son anxiété et orienter son attention, sa motricité et son ressenti vers des gratifications positives. Nous évaluerons donc l'évolution de *l'attention et le plaisir* dénommé « *gratification sensorielle* » dans la fiche d'observation.

Bien que ses capacités cognitives soient altérées notamment son intention, nous souhaitons réinstaurer la possibilité de *choix esthétiques*, autre item d'observation.

Nous évaluerons également son *implication dans l'action*, son style et l'expression de ses goûts car ces trois éléments sont engagés dans la production artistique ; ils sont révélateurs de sa capacité à s'affirmer.

Enfin, un des objectifs relevant de l'amélioration de ses capacités relationnelles nous évaluerons son *implication relationnelle.*

Cotation des items concernant l'humeur de madame E. :

Humeur : 1. morne ; 2. anxieuse ; 3.calme ; 4. sereine ; 5. enjouée.

Amélioration de l'humeur entre le début et la fin :

1. pas du tout ; 2. un peu ; 3. assez ; 4. stabilisée et disponible ; 5. totalement .

Résultats évaluatifs concernant l'humeur de madame E. :

ITEMS	SEANCES												
	En atelier					En chambre							
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
HUMEUR													
Humeur	2	2	3	2	2	2	3	2	4	3	2	4	3
Amélioration de l'humeur	1	2	2	3	1	3	4	3	5	4	3	5	4

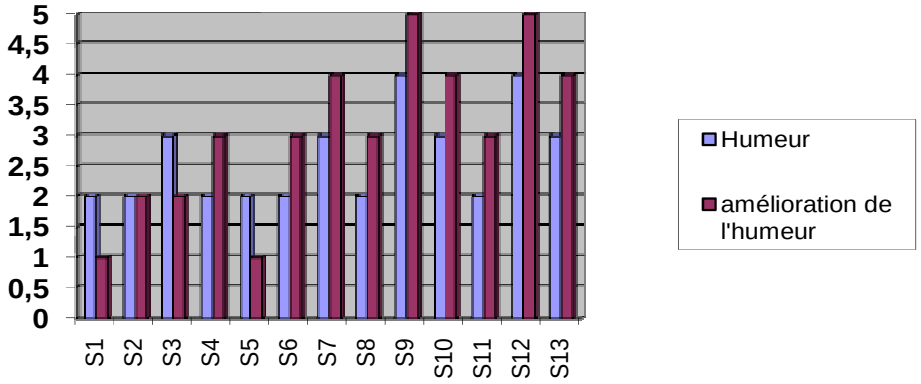


Figure 4 Représentation graphique de l'évolution de l'humeur chez madame E.

Nous constatons que l'anxiété est présente sur la majorité des séances, très nettement lors des cinq premières séances. Les séances suivantes hormis la S8 et laS11 voient madame E. plus apaisée, et ce très significativement en S9 et S12.
Bien que la progression de l'humeur vers un état plus serein soit lente, l'impact des séances conjuguées à une prise en charge en chambre ont favorisé une amélioration de celle-ci.
En effet, excepté lors de la séance S5 où l'anxiété parasite totalement l'attention et la captation de madame E., l'humeur en cours de séance s'améliore, ce qui signifie un bien-être plus présent. Cet amenuisement de l'anxiété a permis d'orienter l'attention vers un plaisir esthétique plus affirmé, tout en favorisant un travail de la relation duelle.

Cotation des items relevant des capacités esthétiques de madame E. :
-Attention : 1. absente ; 2. perturbée ; 3.ponctuelle ; 4. régulière ; 5. soutenue.
-Gratification sensorielle/ plaisir : 1. inexistante/non perçue ; 2.déplaisante ;
3. existante et modérée ; 4. plaisante ; 5. optimale.
- Choix opérés en arts plastiques (ex. couleurs) : 1. aucun/ indifférente ; 2. aléatoires ;
3. orienté par la vue de plusieurs couleurs proposées sur la palette ;
4. selon souci de réalisme ;5. libres et spontanés.
- Choisit de participer à l'écoute/ au chant : 1. indifférente ; 2. réfractaire ; 3. hésite ;
4. guidée par un titre/ quelques notes ; 5. adhésion spontanée.
- Implication dans l'action : 1. absente ; 2. réticente ; 3. exécutante ; 4.conciliante et guidée ; 5. actrice.
- Recherche technique/ style : 1. absente ; 2.mécanique/ désintéressée ; 3.sollicitée / aidée ; 4. appliquée ; 5. investie.
- Expression d'un goût : 1. absente ; 2. faible ; 3. mitigée/ hésitante ; 4. sollicitée ; 5. affirmé.

Résultats évaluatifs des capacités esthétiques de madame E.

ITEMS	SEANCES												
	En atelier				En chambre								
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
Attention	2	2	4	3	1	3	4	4	4	4	3	5	3
Gratifications sensorielles	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4
Choix en art plastiques couleurs)	3	3	3	3	1	2	4	4					
Choix en musique et chant									4	4	3	3	3
Implication dans l'action	3	3	3	4	2	4	5	4	4	5	4	4	3
Recherche technique/ Style	2	2	4	3	1	4	4	4	4	5	4	5	3
Expression des goûts	4	5	4	3	2	4	5	4	5	5	5	4	4

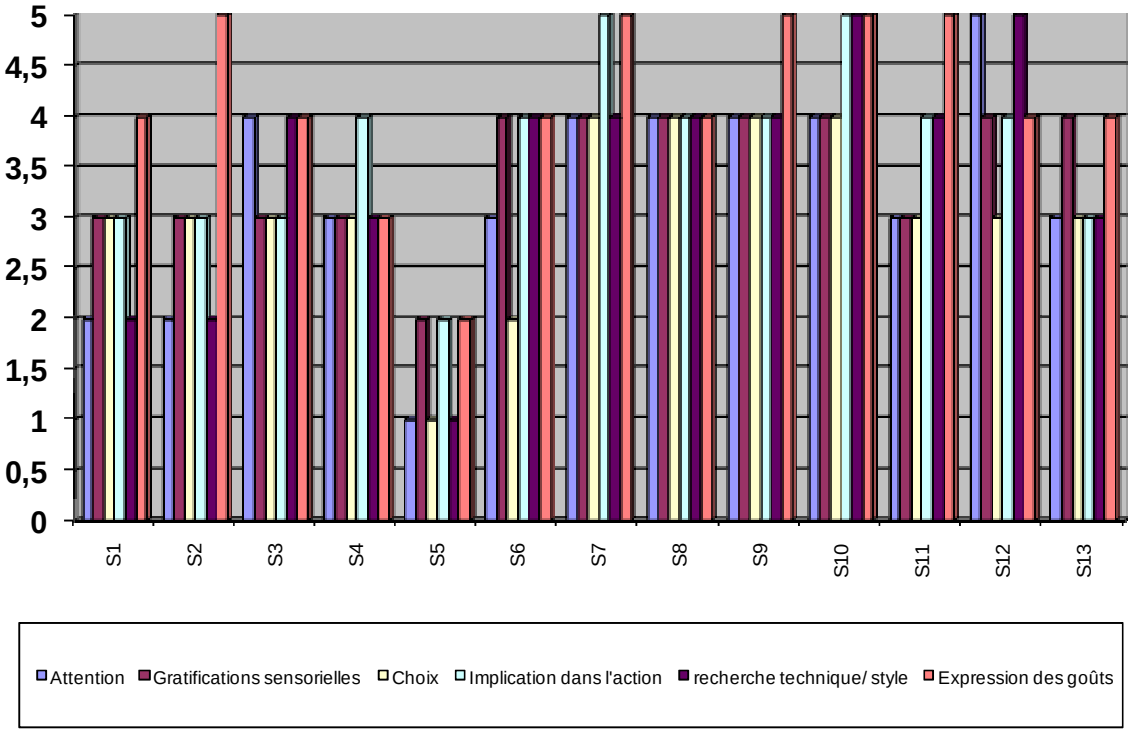


Figure 5 Représentation graphique des capacités esthétiques de madame E.

L'attention est très altérée en S5. Si l'on observe les autres séances, elle progresse en S3, décline un peu ensuite, puis se maintient de S7 à S10, jusqu'à atteindre son plus haut seuil en S12. La baisse de l'anxiété libère l'attention qui se dirige vers les impressions apportées par les pratiques artistiques et la rend plus disponible pour éprouver du plaisir et un mieux-être. Nous pouvons constater que dès la première séance les gratifications sont existantes, et plus prononcées en S2, S7, puis de S9 à S11.

L'implication dans l'action progresse aussi en S4, puis se maintient de S6 à S12, pour atteindre un élan encore plus important en S7 et S8.

La capacité à faire des choix connaît également une amélioration, mais demeure tributaire de guidages ou d'intentions amorcées par un tiers. Les capacités cognitives de madame E. limitent ses choix.

Par contre l'expression des goûts et parallèlement l'affirmation de soi sont favorisées par les activités artistiques et ce bien que l'intention soit altérée. Madame E. ne peut pas concevoir un projet mais elle peut affirmer et consolider sa personnalité à travers ses goûts à condition qu'une activité tendant vers l'esthétique lui soit proposée.

Toujours révélateurs d'une consolidation de sa personnalité, le style et la recherche technique progresse. Si madame E. présente une action plutôt mécanique de S1 à S2, à partir de S3 elle se montre plus appliquée et même très investie en S10 et S12.

Ainsi la démence limite son expression verbale, mais madame E. a été capable de s'exprimer artistiquement et donc capable d'exister et de s'affirmer à travers des productions valorisantes.

Cotation des items relevant des capacités relationnelles de madame E. :
-Mode relationnelle : 1. ignorante ; 2. opposante ; 3. observe ; 4.échange ; 5. collabore
-Relation : 1. absente ; 2. écoute ; 3. expressive ; 4. relation ; 5. relation privilégiée
-Fonction relationnelle :1. dépendance ; 2. protection ; 3. aide ; 4. aide ponctuelle ; 5. autonomie
-Regard :1. absent/ morne ; 2. furieux/ inquiet ; 3.perplexe/ interrogateur ; 4. courtois ; 5.approbateur/ reconnaissant
-Annonce de fin de séance et départ :1. indifférente ; 2.observe/écoute; 3. remercie, courtoise; 4. surprise regrette que séance soit finie ;5. demande un prolongement de compagnie

Résultats évaluatifs des capacités relationnelles de madame E.

ITEMS	SEANCES												
	En atelier					En chambre							
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
Mode relationnel	3	3	3	4	2	3	5	4	5	5	5	5	3
Relation	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	5	4
Regards	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4
Fonction relationnelle	1	1	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3
Attitude à l'annonce du départ	4	4	2	3	1	3	5	5	3	4	3	3	5

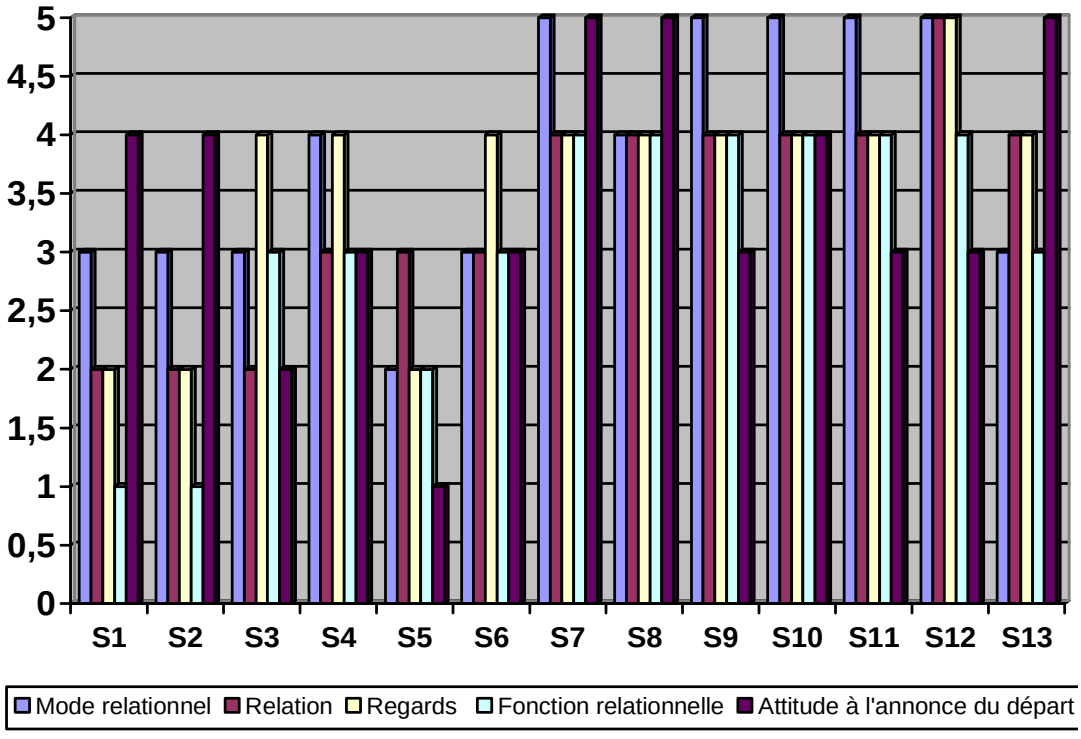


Figure 6 Représentation graphique des capacités relationnelles de madame E.

Concernant les capacités relationnelles de madame E., l'anxiété plus intense en début de prise en charge perturbe sa communication et la relation.
Par la suite l'implication dans l'action artistique a facilité le partage et l'échange autour d'une activité commune.
En S4 madame E. nous sollicite davantage pour l'aider à manipuler le matériel. Elle devient plus confiante à notre égard. En S4 la communication se diversifie pour aborder la portée

d'une fable, la vie à Paris, de même qu'en S12, où madame E. parle de l'amitié au détour d'une chanson.

La relation se trouve elle aussi confortée par les séances. Madame E. nous accueille plus sereinement dans l'univers de sa chambre, nous invitant à nous asseoir ou nous tendant les mains pour obtenir un contact. A plusieurs reprises elle regrette l'annonce de notre départ.
En outre ses regards inquiets au départ en S1 et S2 sont devenus plus courtois et donc plus accueillants.
D'une relation de dépendance au départ en S1 et S2 nous passons à celle de protection en S3, S4 et S6. Ensuite elle nous sollicite pour des aides ponctuelles à partir de S7. Ce constat permet de dire qu'au sein même de sa dépendance, madame E. a gagné en autonomie.
Par ailleurs la progression du mode relationnel signale un passage de sa part d'une attitude en retrait en S1 et S2 vers une collaboration à parti de S7.

g) Nous établissons un bilan de prise en charge au regard des objectifs de départ et des résultats obtenus.

L'objectif général relevait d'une amélioration du bien-être et da la qualité de vie.
La pathologie induisant chez madame E. des troubles du comportement, de la communication et de la relation il nous a fallu poser des objectifs intermédiaires.
Concernant les troubles de l'humeur, si madame E. ne s'est jamais réellement montrée enjouée, nous avons constaté une amélioration de son état émotionnel au fil des séances et surtout au sein même des séances. *Nous avons noté une attitude plus calme et plus disponible au fil du temps.*
Les séances en chambre se sont avérées plus sécurisantes.

Les activités proposées ont souvent été acceptées et appréciées, occasionnant chez madame E. le regret de se retrouver seule au moment de la clôture de séance. Elle qui se trouvait isolée en chambre en raison de son agitation a pu s'exprimer, s'affirmer et partager des activités dans un climat apaisé. *Malgré le manque de mots et une mémoire déficiente, elle a été capable de se montrer sensible aux couleurs, aux chants et à la présence d'un tiers.* Sa personnalité a pu trouver un support d'expression et d'action et laisser des traces valorisantes de son style et de ses goûts.
Cette prise en charge concernait le temps présent car il est difficile de dire si madame E. nous reconnaissait ou gardait un ressenti des actes ainsi engendrés. Toutefois l'ensemble de ces éléments nous conduisent à dire que *sa qualité de vie s'en est trouvée globalement améliorée ainsi que son bien-être.*
Il est à noter qu'en cours de prise en charge madame E. a assisté à un spectacle de cirque offert à l'ensemble des résidents, et ce sans montrer de signes d'anxiété ou d'inquiétude ; elle s'est montrée attentive et a aimé la représentation.
Enfin, quelque soit le degré de dépendance, en l'occurrence très élevé concernant madame E., la possibilité de restaurer des formes d'expression, de communication et de relation est à rechercher.

Les productions de madame E. ont permis aussi au personnel de la percevoir sous un autre jour. Les soignants et les personnes en contact avec elle ont cherché à leur tour à poursuivre dans cette voie, notamment en utilisant le chant.

Peu de temps après la fin de la prise en charge, Madame E. est décédée. L'ensemble de ses productions en arts plastiques et les paroles des chants parcourus en séance ont été transmises à son fils.

3. Mme B, résidente de l'EHPAD bénéficie d'une prise en charge en art-thérapie

a) Nous présentons l'anamnèse de Mme B., née en 1934.

Elle est originaire du Pays Basque. Elle parle français et basque. Avec son mari, elle a travaillé en région parisienne, puis s'est réinstallée au Pays Basque, où elle a sa famille et leur maison.
Tous les deux ont dû se résoudre à intégrer l'EHPAD en janvier 2009 et ont quitté leur logement avec beaucoup de regrets. Ils ont tenté d'aménager leurs deux chambres avec le maximum d'effets personnels. Depuis leur arrivée, de nombreux membres de la famille viennent régulièrement leur rendre visite_ ce qui a parfois le tort de les éprouver et les fatiguer aux yeux de l'équipe médicale et paramédicale.
Mme B. était une bonne cuisinière, avant que la maladie de Parkinson ne l'empêche de poursuivre cette activité. Plus jeune, elle pratiquait aussi la peinture en loisir.

b) L'état de base de madame B. souligne une baisse de l'estime de soi occasionnée par une maladie de Parkinson.

Madame B. est coquette, grande et gracile, sensible aux « jolies » choses et aime écouter des chants basques ou Luis Mariano ; elle fredonne discrètement lors de spectacle à l'EHPAD_ néanmoins sa voix est affaiblie par la pathologie.

Selon l'animatrice, elle a participé à plusieurs ateliers (poterie, décoration) et aime la lecture mais désormais elle éprouve des difficultés à maîtriser ses praxies_ suite à ses tremblements_ et s'énerve lorsqu'elle est en situation d'échec.

Elle peut marcher dans l'environnement réduit de sa chambre en matinée, mais le reste de la journée elle est en fauteuil roulant et nécessite une aide pour ses déplacements et les actes du quotidien. Le personnel l'encourage à se reposer mais elle tient à ranger sa chambre et nettoyer son linge seule, ce qui a pour effet négatif d'accroître ses tremblements et sa fatigue. Elle souffre de ne plus être capable de tout mener à bien seule et dans le même temps rechigne à déléguer ces occupations domestiques. Ses tremblements sont réduits lorsqu'elle est reposée, notamment le matin.

Son dossier médical mentionne une dépendance de GIR 1.
Elle est suivie par une équipe mobile de gériatrie, par un kinésithérapeute, une psychologue et une psychomotricienne.
Le traitement antiparkinsonien, qui combine plusieurs molécules différentes, produit des effets iatrogènes avec des hallucinations visuelles qu'elle vit douloureusement.
Elle souffre d'un syndrome dépressif résultant de difficultés à accepter l'évolution de sa maladie et les pertes qu'elle entraîne (aussi bien pour elle que pour son mari, lui aussi dépendant, ce qui augmente les tensions au sein du couple) ; lors d'entretiens avec la psychologue, elle répète qu'elle ne veut pas déranger ; elle supporte mal sa dépendance.

Mme B. aime le contact des autres résidents et souhaiterait mener une vie intégrée dans les activités proposées. Cependant elle est modeste, comme beaucoup de femmes de sa génération et n'aime pas être mise en avant. Mais elle se considère « plus bonne à rien » et souffre de ne plus pouvoir faire autant de choses qu'avant ; même la lecture est pénalisée par ses tremblements.

Pour résumer, cela signifie qu'au regard de l'opération artistique, l'origine des pénalités subies par madame B. se situe en 3 et se manifeste en 5 et 6. Parallèlement, ses capacités cognitives sont préservées, mais son désir de mener des actions concrètes au quotidien, en 4, est limité par le 5 et le 6 lors des phases d'expression (syndrome dépressif associé avec perte de confiance).

Madame B. nous soumet sa volonté de réunir différentes recettes de cuisine dans un beau recueil illustré. Elle envisageait de le faire depuis longtemps mais par manque de temps elle a sans cesse différer ce projet, très cher à ses yeux.

c) Une stratégie thérapeutique exploitant arts plastiques et arts du langage est mise en place afin de restaurer l'estime de soi de madame B.

Les séances d'art-thérapie ont lieu le matin, au moment où elle n'est pas encore trop fatiguée. L'objectif principal consiste à restaurer son estime, à la revaloriser.

Sa motricité fine est perturbée par les tremblements et parfois des sensations douloureuses, au niveau des mains principalement ; néanmoins elle est capable de diriger ses bras de manière volontaire dans une direction choisie. Ses capacités cognitives sont relativement bien préservées.

Dans un premier temps nous envisagions de proposer une activité d'expression corporelle ou de danse afin que madame B. réalise des mouvements harmonieux de type danse orientale ou les bras peuvent être sollicités pour effectuer de beaux mouvements.
Nous envisagions également de lui proposer une activité d'écoute musicale et de chant pour lui permettre d'éprouver du plaisir et de modifier l'image négative qu'elle a de son corps.
Mais madame B. de par sa personnalité discrète n'aime pas être mise en avant. Lors d'un atelier d'expression corporelle proposé en animation, madame B. a été blessée et s'est sentie humiliée lorsqu'il lui a été demandé de se joindre au groupe pour danser.
Par ailleurs, elle émet vigoureusement le souhait de réaliser un recueil de recettes de cuisine illustré.

En définitive nous lui proposons des activités d'arts plastiques et d'arts du langage.
Nous pensons que son élan et sa forte motivation pour ce projet personnel peut accroître son attention et l'aider à se concentrer suffisamment pour contrôler ses gestes. Cela suppose qu'elle se repose le matin avant les séances. Ainsi peut-être consentira-t-elle à déléguer le ménage et le rangement, comme le souhaite les soignants. Afin de ne pas la mettre en échec, nous la dirigeons vers l'aquarelle, technique qui permet de se servir des repentirs s'il y en a. Ainsi, si le geste est un peu fébrile, madame B. pourra repasser différentes couches fluides de couleurs diluées et fondre les couleurs entre elles sans que les éventuels débordements ne soient visibles. Nous souhaitons ainsi lui procurer un plaisir moteur et visuel, afin que ses gestes puissent être pourvoyeurs de belles formes colorées. Il s'agit également de l'amener à être actrice du projet en se chargeant de toute la conception et des choix esthétiques, comme les couleurs, la typographie, la mise en page, etc. afin qu'elle soit autonome ; en contre point nous souhaitons qu'elle délègue la réalisation des dessins nécessitant une dextérité trop fine, afin qu'elle se sente autonome, malgré la dépendance. Nous voulons accroitre son affirmation et inverser les rôles afin que nous soyons à ses yeux un simple exécutant, et elle en revanche donnera des consignes de réalisations en maîtrisant et le fond et la forme, en adéquation avec son idéal esthétique. Nous pensons ainsi renforcer sa confiance, son affirmation d'elle-même et son estime.

Par les arts du langage, nous souhaitons également renforcer la confiance, l'affirmation et l'estime. Il s'agit toujours de favoriser le plaisir et la concentration. Cette activité suppose de faire appel à l'imagination et à la mémoire, capacités saines chez madame B.
En effet, en plus de ses recettes, nous suggérons à madame B. d'imaginer des textes poétiques relatifs aux ingrédients ou de restituer des souvenirs personnels que lui évoquent les recettes, ceci afin qu'elle entreprenne des actions emplies de plaisir et valorisantes.
Cette activité peut s'avérer valorisante et plus abordable que la peinture. Par ailleurs, à défaut de lui proposer de taper elle-même les textes conçus_ puisque nous ne disposons pas d'ordinateur_ nous l'encourageons à faire des choix de mise en page, de police et de

typographie, et encore une fois suivrons ses consignes pour ce qui relève de l'exécution. Nous souhaitons qu'elle demande de l'aide, tout en étant autonome et actrice.

Pour résumer l'objectif général concerne l'amélioration de l'estime de soi.

Les objectifs intermédiaires concernent :

- l'augmentation du plaisir et donc l'amélioration du bien-être.
- valoriser les capacités motrices restantes.
- valoriser les capacités cognitives
- l'augmentation de l'attention et le contrôle volontaire des mouvements de la main.
- un renforcement de l'affirmation et de la confiance en soi.
- une acceptation de la dépendance, et une augmentation de l'autonomie.
- redonner le goût de s'investir dans un projet et des activités personnelles, à long terme, sans vouloir nécessairement atteindre la perfection.

d) Madame B. bénéficie de onze séances individuelles, le matin, à raison d'une fois par semaine, dont suit ci-après le descriptif.

En S1, madame B. est très fatiguée et ses tremblements sont envahissants ; en effet, la journée de la veille l'a éprouvée en raison de rendez-vous médicaux à l'extérieur de l'EHPAD. Elle accepte néanmoins de participer à l'atelier. Afin de stimuler ses impressions, nourrir son imagination et susciter du plaisir, nous lui proposons de contempler deux ouvrages de cuisine.

Dans un premier temps, madame B. imagine un texte se référant à l'odeur agréable de la confiture d'orange, qu'elle juxtaposera à une de ses recettes personnelle. Elle se consacre à l'amélioration de sa forme.

Dans un second temps, observant une détente chez elle, nous acceptons, suite à son élan et son désir, de l'accompagner dans une activité d'aquarelle. Elle dirige son bras dans la direction voulue, et nous l'aidons à produire une trace satisfaisante en lui maintenant le coude à plat. Elle aime la production, mais reste modeste, nous félicitant davantage qu'elle-même.

En S2, madame B. vient accompagnée par une de ses cousines. Cette dernière découvre le texte élaboré précédemment et félicite madame B pour son goût et son travail d'imagination. Cela rassure madame B. et renforce son élan. Elle dicte un texte consacré à un souvenir d'enfance : le parfum des orangers. La forme est retravaillée.

En complément, elle nous demande de dessiner des oranges et des citrons, qu'elle peint ensuite à l'aquarelle. Elle y trouve un certain plaisir, contrôlant ses tremblements durant cinq minutes. Elle est satisfaite d'y être parvenue.

Lors du repas qui suit, une aide-soignante nous dira l'avoir trouvée plus détendue qu'à l'habitude.

En S3, elle nous confie avoir passé une bonne nuit, ce qui a un impact sur sa motricité.

La séance est donc dédiée à la réalisation d'un dessin et de sa mise en couleurs à l'aquarelle.

Elle dessine une corbeille et réalise des croisillons à la règle (que nous maintenons afin qu'elle se concentre sur le tracé). Le résultat est meilleur que s'il avait été fait à main levée). Son geste est adapté. Elle poursuit par le choix et l'utilisation de cinq tons différents qu'elle juge harmonieux. Elle est satisfaite et obtient un résultat proche de son idéal esthétique. Etant parvenue à une action maîtrisée, ce n'est qu'en fin de séances que les tremblements apparaissent. Sa confiance et son estime s'en trouvent confortées et elle confiera, fièrement, qu'elle ne pensait pas être capable de telles productions.

En S4, à nouveau fatiguée, ses tremblements sont d'emblée prononcés.

Elle se concentre néanmoins suffisamment pour énoncer une nouvelle recette et édicte des choix de mise en page. Elle sourit à nouveau. L'activité picturale est-elle perturbée sur le plan de l'action ; elle accepte notre aide et prend plaisir à la contemplation. Jusqu'à présent elle ne sollicite pas encore d'aide d'elle-même.

En S5, avant notre arrivée, elle a passé beaucoup de temps à ranger sa chambre, ce qui accroit la fatigue et les tremblements. Elle parvient toutefois à orienter son attention vers la production esthétique et peint, moyennant un soutien de son bras de notre part. Le résultat lui plait. En fin de séance pour la première fois elle me demande d'elle-même d'améliorer la netteté des contours des formes peintes.

En S6, à notre arrivée, madame B. balaie sa chambre et tremble ensuite durant toute la séance. Préférant le dessin aux collages que nous lui proposons, elle donne des consignes sur ce qu'elle veut voir représenté et sur la composition. Afin de lui permettre d'être active dans l'action, nous lui proposons de réaliser des éléments au pochoir, afin que le résultat soit satisfaisant et ne trahisse pas ses tremblements. Elle y parvient, choisissant leurs dimensions, leur orientation, et leurs couleurs. Cela l'a rassure et augmente sa confiance. Toutefois elle reste discrète quant à son autosatisfaction.

En S7, sa sœur l'accompagne et la félicite à la vue de son recueil qui prend forme. Madame B. rougit et sourit de plaisir et de fierté.

Afin d'accroitre son sentiment d'être auteur et acteur, nous lui demandons de se consacrer à l'élaboration d'un titre où figure son nom. Elle écrit au pochoir : « Recettes choisies par madame B. » Elle poursuit par la mise en couleurs d'une recette à l'aquarelle. Acceptant davantage le manque de perfection, elle fait preuve d'humour et de recul. Elle dit préférer les formes représentées pourvues de leurs maladresses, ce qui leur donne un aspect plus naturel et vivant. Elle accepte son propre style même s'il n'est pas parfait. Elle fait preuve de recherche concernant l'harmonisation des couleurs.

Pour terminer, elle conclue la séance en confiant que la peinture la délasse, alors que d'habitude elle est « comme un nœud ».

En S8, une crise violente survient. Madame B. ressent une douleur lancinante, et des tremblements virulents. Le médecin a changé son traitement et dit ne plus pouvoir lui octroyer de solution efficace pour lutter contre les tremblements. Nous décidons donc de poursuivre en exploitant les arts du langage. Madame B. nous montre un livre de poèmes qu'on vient de lui offrir. Elle en apprécie la lecture. Puis nous écourtons la séance afin qu'elle se repose.

En S9, au regard de l'évolution de la maladie, nous préférons poursuivre par l'exploitation des arts du langage afin de ne pas mettre madame B. en échec avec les arts plastiques. En effet, son dossier mentionne des crises de plus en plus fréquentes, des membres engourdis et des douleurs plus marquées.

Madame B. conçoit un texte présentatif de son recueil de recettes, et insiste sur l'importance de ce projet : « J'aurais voulu faire ce travail étant plus jeune, et je n'ai pas pris le temps. Mais aujourd'hui, ce livre m'apporte la satisfaction de faire quelque chose de concret. Il servira pour égayer mes jours futurs, ceux des résidents et de ma famille. Régalez-vous ! ».

Par ailleurs pour poursuivre l'illustration de son ouvrage par collages, elle choisit des images de publicités alimentaires « rétro », telle que le chocolat, symbolique d'une époque qui lui est chère.

Enfin madame B. parle et présente elle-même son recueil à sa sœur. Le traitement mondain est exploité pour la revaloriser, conforter son affirmation, sa confiance et son estime.

En S10 et S11 madame B. revient sur des améliorations qu'elle veut apporter à ses productions. Elle conçoit de nouveaux poèmes et choisit des papiers imprimés qui achèvent la mise en forme de son projet.

Contre toute attente, en S10, madame B. nous présente fièrement un dessin qu'elle a réalisé elle-même dans sa chambre, au crayon de couleur sur papier, qu'elle veut ajouter au recueil.

Cette action menée en autonomie dénote une hausse de la confiance et de l'estime. En effet, cette production a suffisamment de valeur à ses yeux pour prendre place dans l'ouvrage.

Son livre est présenté lors d'une exposition et les résidents la félicitent pour ses recettes. Son mari, ému, découvre les textes qu'elle a conçus patiemment et la congratule

également. Bien que madame B. n'aime pas se mettre en avant, elle a bénéficié du traitement mondain par le biais des productions.
Celles-ci deviennent à leur tour des « choses artistiques du monde ».
Lors d'une animation « pâtisserie », madame B. voit une de ses recettes mise en pratique par les résidents. Elle devient alors conseillère des messieurs, notamment, qui n'ont pas la veine cuisinière, observe, dispense des astuces pour effectuer les bons gestes et voit avec plaisir l'objet de son action exister concrètement.

e) Les séances donnent lieu à des évaluations de son estime, de la confiance et de l'affirmation de soi.

Nous choisissons d'évaluer différents faisceaux d'items afin de mesurer si la prise en charge améliore l'estime de madame B.
Ces faisceaux concernent la motricité, les capacités cognitives, le plaisir esthétique, l'affirmation de soi, la confiance en soi, l'estime de soi et son positionnement face à l'autonomie et la dépendance.

Néanmoins, tous les items n'ont pas été constamment évaluables. En effet certains concernaient précisément les capacités motrices utilisées au sein d'activités picturales, lesquelles n'étaient pas constamment exploitées.
Par ailleurs, lors de la séance S8, madame B. ayant eu une violente crise, la séance a été écourtée ce qui a réduit la pratique à la contemplation de poèmes.

Les items relevant de la motricité regroupent :
- la fréquence des tremblements : 1.Très fréquents et augmentant ; 2.omniprésents ; 3.ponctuellement maîtrisés ; 4.diminuant ; 5.aucun.
- l'intensité des tremblements :
1. très virulents, entravant totalement les gestes ; 2. forts ; 3. fluctuants ; 4. légers ; 5. absents.
- la dextérité : 1. impossible ; 2. grossière ; 3. limitée/ ponctuelle ; 4.adaptée ; 5. fine
-l'autonomie gestuelle : 1. aucune gestuelle ; 2. soutien permanent de la main ; 3. soutien partiel ; 4. soutien verbal ; 5. autonomie.

Résultats évaluatifs concernant la motricité :

MOTRICITE	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Fréquence des tremblements	2	3	4	2	2	2	3	2	2	2	2
Intensité des tremblements	2	3	4	2	2	4	4	1	4	4	4
Dextérité	2	3	4	2	2	4	4		3		3
Autonomie gestuelle	2	3	4	2	3	4	4		3		3

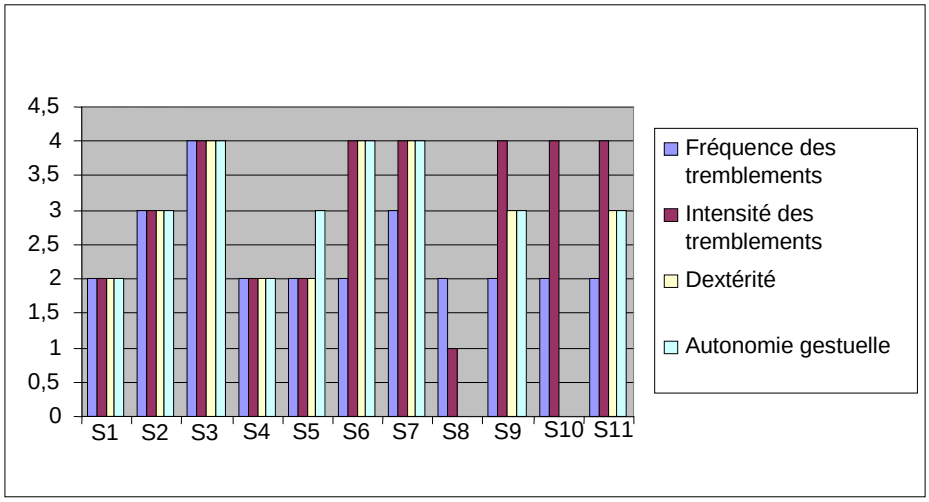


Figure 7 Evaluation des capacités motrices de madame B.

La dextérité et l'autonomie gestuelle n'ont pas été évaluées lorsque les séances n'exploitent que les arts du langage.

Les évaluations et leur représentation graphique montrent que les tremblements sont plutôt forts en début de prise en charge et plus légers dans la deuxième moitié de prise en charge. Néanmoins l'évaluation de leur fréquence révèle qu'ils sont majoritairement omniprésents. La prise en charge a donc eu un impact limitée sur ce point, mais il faut dire que la pathologie gagne du terrain, est à un stade avancé et que les traitements ne sont plus efficaces. Toutefois, madame B. les a ponctuellement maîtrisés grâce à ses capacités d'attention, sa motivation et son élan. Les capacités d'attention augmentent nettement et se stabilisent à partir de S7, si l'on exclue S8.Il en suit une dextérité et une autonomie gestuelle parfois améliorées, mais cela de manière variable. L'amélioration est notable en S3, S6 et S7 avant de décroître à nouveau en S8 où aucune gestuelle orientée vers l'esthétique n'a été possible.

Les items relevant des capacités cognitives regroupent :

- l'affirmation de choix, forme et fond :
1. absence de choix ; 2. choix incohérents par rapport au projet/ aléatoires ; 3. choix émis, mais mal assuré (attend une validation extérieure); 4. choix entre plusieurs propositions ; 5. choix affirmés, autonomes ;
- la durée des séances : 1. totalement perturbée, accaparée par la pathologie ; 2. entre 5 et 15 mn. ; 3. entre 16 et 30 mn. ; 4. plus de 30 mn. ; 5. plus de 45 mn.
- l'attention, quantité : 1. moins de 5 mn. 2. entre 6 et 10 mn. 3. entre 11 et 20 mn. 4. entre 21 et 30 mn. 5. plus de 30 mn.
- l'attention, qualité : 1. inattention 2. perturbée (tremblements/ douleurs) 3. fluctuante ; 4. orientée globalement vers le projet ; 5. entière et soutenue
- l'autonomie de la recherche esthétique : 1. suit les consignes d'un tiers ; 2. suggère mais demande une validation extérieure ; 3. expérimente, apprend de ses erreurs et persévère ; 4. initie l'action, mais nécessite un conseil ponctuel ; 5. autonome

Résultats évaluatifs concernant les capacités cognitives :

CAPACITES COGNITIVES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Affirmation des choix esthétiques	3	3	5	4	4	5	5	X	5	5	5
Attention, quantité	2	2	5	3	3	3	5	2	4	5	5
Attention, qualité	3	3	5	3	4	4	5	2	5	5	5
Durée des séances	3	3	5	3	4	4	5	3	5	5	5
Autonomie de la recherche esthétique	2	2	4	4	3	4	5	X	5	5	5

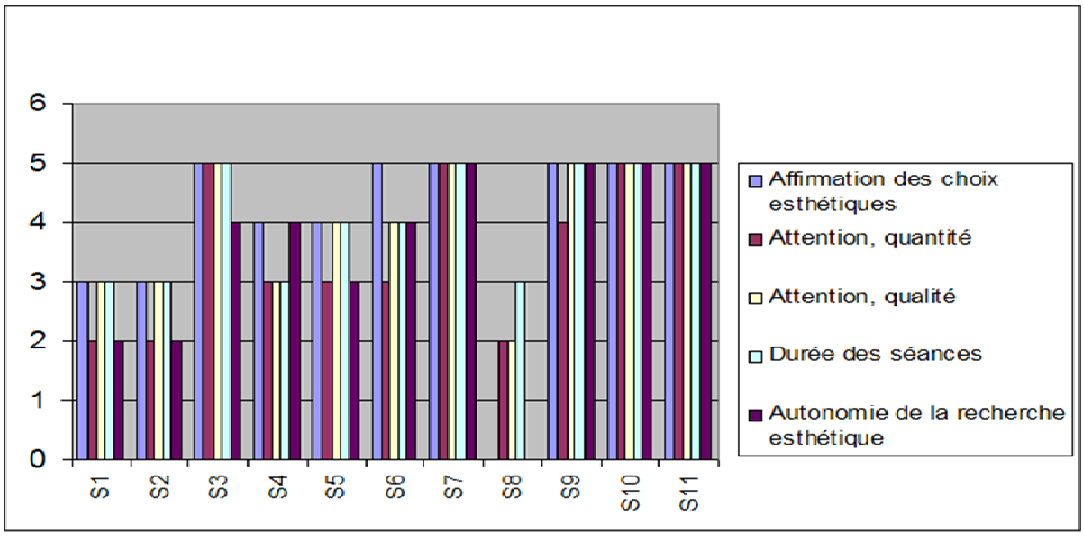


Figure 8 Evaluation des capacités cognitives de madame B.

Ces résultats permettent de visualiser une mobilisation plus rapide des capacités cognitives saines de madame B. ce qui accentue la valorisation de cette dernière.
L'affirmation des choix augmente de manière la plus constante et rapide.
La qualité de l'attention progresse favorablement et de manière durable à partir de S5 jusqu'à être optimale de S9 à S11. La durée de l'attention mobilisée progresse plus lentement à partir de S4, et atteint des paliers supérieurs en S3, S7, S10 et S11.
Par ailleurs, au fil des séances, madame B. gagne aussi en assurance en matière d'autonomie de recherche esthétique. En début de prise en charge madame B. s'efface pour laisser un tiers trancher ; ensuite, elle consent à prendre plus de risques, accepte davantage l'inconnu et les découvertes, jusqu'à se montrer pleinement confiante et ferme en fin de prise en charge.
La durée des séances augmente en conséquence, madame B. prenant plus de plaisir et d'assurance et se trouvant valorisée par ces prises de liberté. Les productions dénotent progressivement plus sa personnalité et assoient son statut et ses qualités d'auteur.

Les items relevant du plaisir esthétique regroupent :
- le plaisir moteur (gestualité en arts plastiques) :
1. totalement absent ; 2.fugace ; 3. partiel/ ponctuel ; 4. plaisant ; 5. gratifiant .
-le plaisir cognitif (induit par l'imagination, la planification, l'abstraction):
1. totalement absent ; 2.fugace ; 3. partiel/ ponctuel ; 4. plaisant ; 5. gratifiant

Résultats évaluatifs concernant le plaisir esthétique :

PLAISIR ESTHETIQUE	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Plaisir moteur (gestualité en arts plastiques)	4	3	5	2	3	4	5				
Plaisir cognitif	3	3	5	3	4	4	5	2	4	5	5

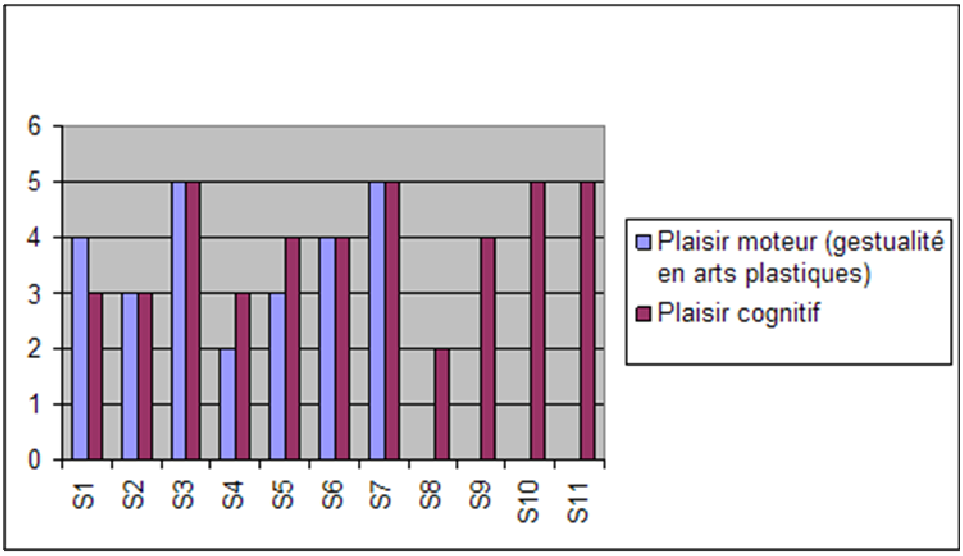


Figure 9 Evaluation du plaisir esthétique de madame B.

Le plaisir moteur est présent dans les activités d'arts plastiques ; son intensité est variable. En effet, il est étroitement lié à son état de fatigue et l'évolution de ces tremblements.
Lorsque l'attention de madame B. est suffisamment mobilisée, elle parvient à un contrôle volontaire temporaire de ses mouvements pour élaborer une action suffisamment satisfaisante.
La plaisir moteur est à son niveau le plus élevé en S3 et S7.

Un autre pôle de plaisir correspond à la satisfaction obtenue par la contemplation, la mobilisation de l'imagination, de la planification et des capacités d'abstraction nécessaires à la créativité. Ce plaisir cognitif est en progression positive plus rapide que le plaisir moteur. Il augmente régulièrement à partir de S5, pour se stabiliser en S10 et S11. Il est lui-même tributaire d'une affirmation des choix esthétiques en augmentation, et de l'amélioration des capacités cognitives et de l'autonomie. Dans un mouvement réciproque, le plaisir grandissant augmente l'élan et la recherche esthétique autonome.

Les items relatifs à l'affirmation de soi regroupaient :
- l'affirmation de choix, forme et fond :
1. absence de choix ; 2. choix incohérents par rapport au projet/ aléatoires ; 3. choix émis, mais mal assuré (attend une validation extérieure) ; 4. choix entre plusieurs propositions ; 5. choix affirmés, autonomes.
- la capacité à donner des consignes, à déléguer :
1. pas du tout 2. un peu 3. assez 4. beaucoup 5. Ferme

Résultats évaluatifs de l'affirmation de soi :

AFFIRMATION DE SOI	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Affirmation des choix esthétiques	3	3	5	4	4	5	5	X	5	5	5
Capacité à donner des consignes	1	1	1	2	3	4	4	X	4	5	5

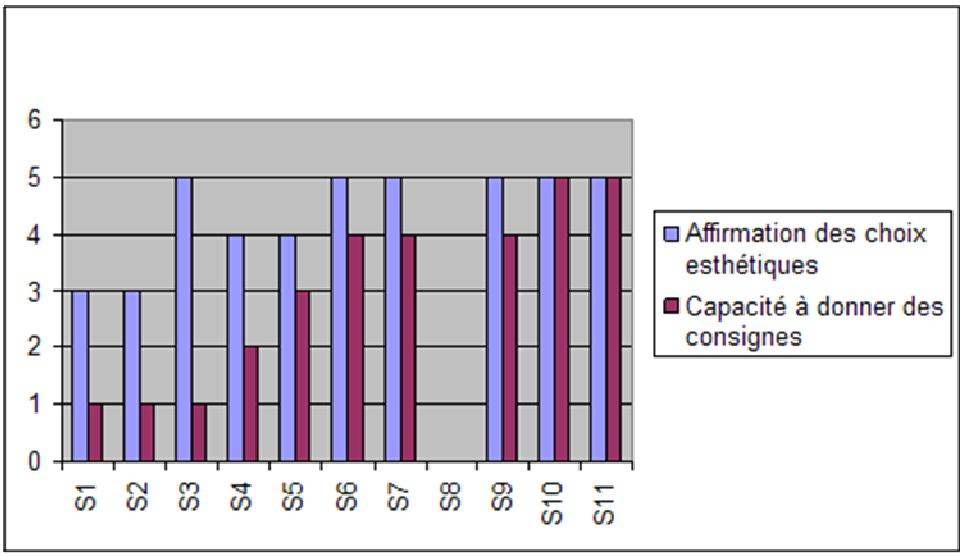


Figure 10 Evaluation de l'affirmation de soi de madame B.

Nous souhaitions améliorer l'affirmation de soi de madame B.
Le graphique permet de constater qu'affirmation des choix et capacité à donner des consignes augmentent en cours de prise en charge. Madame B. parvient aisément à faire des choix, prenant plaisir à exprimer ses goûts et concevoir des compositions en les appliquant.

La capacité à donner des consignes nécessaires au renforcement de l'autonomie a elle progressé moins rapidement. Cependant en fin de prise en charge, devenue plus tolérante envers elle-même, madame B. prend conscience des possibilités d'autonomie, au sein même de sa situation de dépendance. Elle s'autorise à agir à nouveau.

Les items relatifs à la confiance en soi regroupent :
- le rapport à l'idéal esthétique : 1. inaccessible (je n'y arriverai jamais) ; 2. doutes (je ne sais pas) ; 3. mitigé (c'est peut-être possible ?) ; 4. approché ; 5. atteint.
-le devenir de la production : 1. détruite ; 2. inachevée, baisse les bras ; 3. en attente, à améliorer ; 4. conservée et incluse dans le recueil pour être partagée

Résultats évaluatifs de la confiance en soi :

CONFIANCE EN SOI	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Rapport à l'idéal esthétique	3	3	5	3	4	4	5		5	5	5
Devenir de la production	3	3	4	3	4	4	4		4	4	4

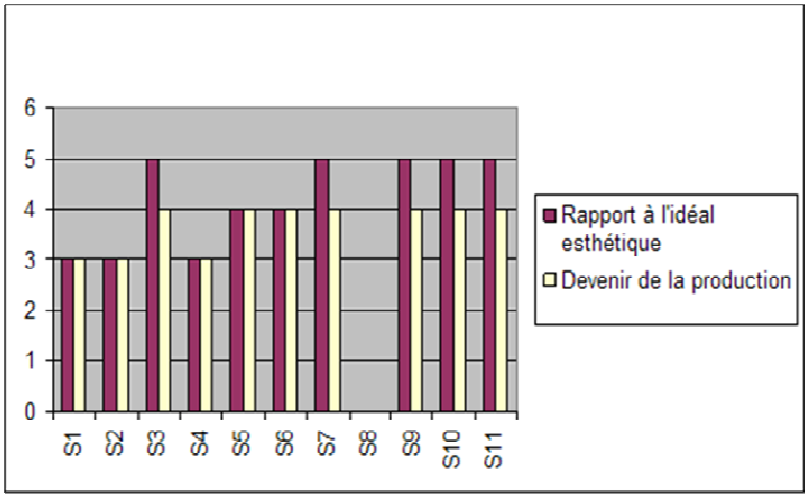


Figure 11 Evaluation de la confiance en soi de madame B.

Une évolution similaire est visible concernant la confiance en soi. Madame B. acceptant de mener des actions adaptées se sent à nouveau capable d'élan, contrairement au début de prise en charge où elle ne pensait plus être capable de rien. Il est en effet possible de constater que madame B. parvient progressivement à s'approcher de son idéal esthétique, et ce malgré la maladie qui perturbe sa motricité. Concernant les arts plastiques, c'est en S3 que madame B. s'en approche le plus, ayant été particulièrement reposée ce jour-là.
Ensuite c'est par l'exploitation des arts du langage que l'amélioration de sa satisfaction va augmenter puis se stabiliser, notamment à partir de S7 _ si l'on exclue S8.

Les items relatifs à l'estime de soi regroupent :
- le regard sur la production : 1. dévalorisation ; 2. ne se considère pas comme auteur/ acteur : pense ne pas être capable seul ; 3. modeste ; 4. satisfaite ; 5. rayonnante, fierté.
-le devenir de la production : 1. détruite ; 2. inachevée, baisse les bras ; 3. en attente, à améliorer ; 4. conservée et incluse dans le recueil pour être partagée

Résultats évaluatifs de l'estime de soi :

ESTIME DE SOI	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Regard global sur la production	2	3	4	3	4	3	5		5	5	5
Devenir de la production	3	3	4	3	4	4	4		4	4	4

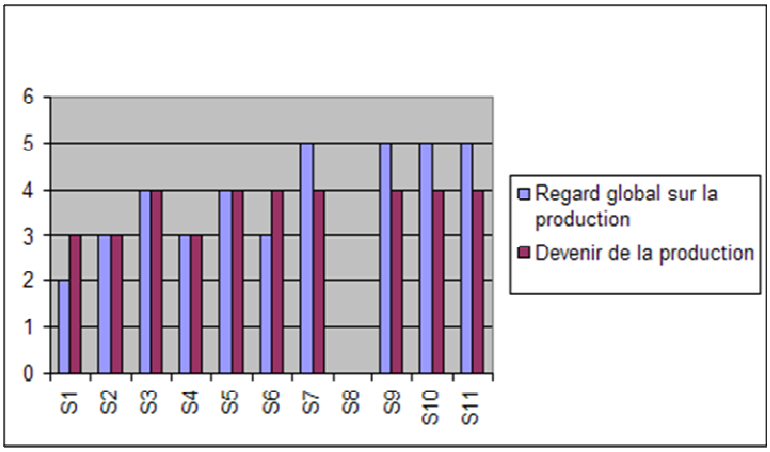


Figure 12 Evaluation de l'estime de soi de madame B.

Nous pouvons constater que madame B. choisit rapidement de conserver et inclure ses productions dans son recueil de recettes, s'en montrant satisfaite. Seules les productions réalisées en S1, S2 et S4 nécessitent une amélioration avant d'intégrer à leur tour son recueil. Les productions littéraires ont contribué plus rapidement à conforter son estime. Néanmoins les réalisations plastiques suscitaient elles aussi du plaisir et de la fierté.

Les items relevant de l'autonomie regroupent :

- l'autonomie gestuelle : 1. aucune gestuelle ; 2. soutien permanent de la main ; 3. soutien partiel ; 4. soutien verbal ; 5. autonomie.
- l'autonomie de la recherche esthétique : 1. suit les consignes d'un tiers ; 2. suggère mais demande une validation extérieure ; 3. expérimente, apprend de ses erreurs et persévère ; 4. initie l'action, mais nécessite un conseil ponctuel ; 5. autonome.
- l'affirmation de choix : fond /forme

1. absence de choix ; 2. choix incohérents par rapport au projet/ aléatoires ; 3. choix émis, mais mal assuré (attend une validation extérieure) ; 4. choix entre plusieurs propositions ; 5. choix affirmés, autonomes.

- le rôle attribué à l'art-thérapeute :

1. dépendance ; 2. stimulation ; 3. soutien, protection ; 4. échange ; 5. autonomie.

- le rapport autonomie/ dépendance : 1. refuse l'aide proposée ; 2. accepte à regret ; 3. sollicite une aide ; 4. délègue l'exécution pour se concentrer sur le fond et les choix relevant de la forme ; 5. se considère actrice et autonome, par delà l'aide technique d'un tiers.

Résultats évaluatifs de l'autonomie :

Autonomie	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Autonomie gestuelle	2	3	4	2	3	4	4		3		3
Autonomie de la recherche esthétique	2	2	4	4	3	4	5		5	5	5
Affirmation des choix esthétiques	3	3	5	4	4	5	5		5	5	5
Rôle attribué à l'art-thérapeute	1	1	4	2	3	3	4	1	4	4	5
Rapport autonomie/ dépendance	2	1	5	2	3	4	5		5	5	5

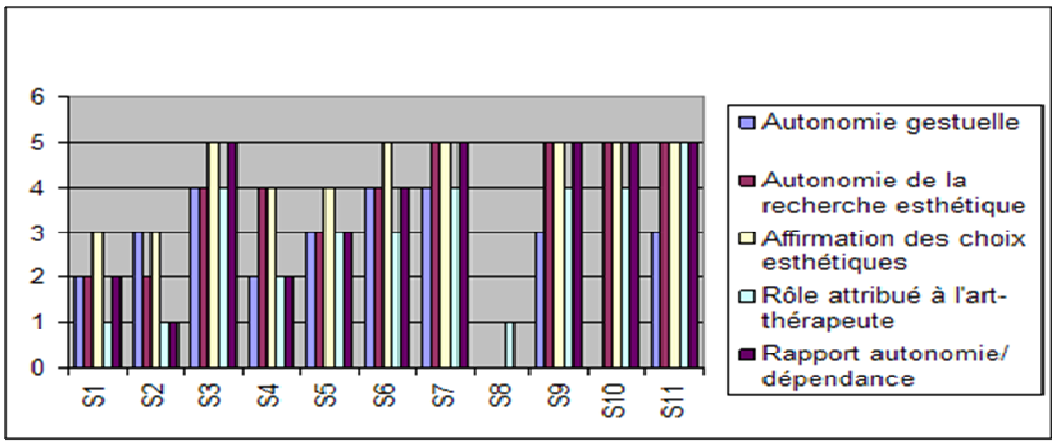


Figure 13 Evaluation de l'autonomie de madame B.

Nous mesurons ici que l'autonomie gestuelle relativement faible en début de prise en charge, augmente ensuite en S3 décroit de nouveau la séance suivante puis s'améliore de S4 à S7. Enfin elle décline de nouveau lorsque la pathologie se fait plus présente.
L'autonomie de la recherche esthétique augmente nettement plus régulièrement à partir de S3, à mesure que madame B. reprend confiance en elle. Elle voit ses productions de manière plus positive, et se montre moins perfectionniste, tout en faisant preuve de goût et d'affirmation.
Parallèlement cette capacité grandissante à se faire confiance lui permet de devenir plus autonome, de se sentir de plus en plus actrice et auteur de ses productions, et ce malgré la dépendance. Ainsi le graphique montre qu'en fin de prise en charge, madame B. n'est plus dépendante des décisions esthétiques d'un tiers.

f) Le bilan de la prise en charge et les évaluations soulignent l'amélioration de l'estime de Mme B. mais une stagnation de la maitrise motrice.

Un de nos objectifs de départ concernant la valorisation des capacités motrices restantes n'est que ponctuellement atteint. En effet, lorsque madame B. était suffisamment reposée, il a été possible d'améliorer sa dextérité. Il s'est aussi parfois avéré nécessaire de lui apporter un soutien physique afin de l'aider à stabiliser son bras droit. Néanmoins, cela lui a permis de mener des actions physiques concrètes et valorisantes, puisque les résultats esthétiques obtenus s'approchaient ou atteignaient globalement son idéal esthétique.

La pratique de l'aquarelle si elle n'était pas toujours fine a autorisé madame B. à produire des traces graphiques même si celles-ci n'atteignaient pas la perfection ; alors qu'en début de prise en charge madame B. ne s'autorisait plus ce type d'action par peur de l'échec. Elle a éprouvé du plaisir dans la contemplation et dans l'action en acceptant plus sa dépendance, en sollicitant une aide si nécessaire, et en devenant aussi plus affirmée, plus confiante et plus autonome concernant le fond. Elle s'est aussi familiarisée avec les arts du langage qui l'ont rassurée, lui permettant de faire preuve d'un style personnel, d'une affirmation de soi plus marquée ainsi que d'une confiance renforcée par les différents traitements mondains dont elle a bénéficiés.
Elle qui se sentait inutile à retrouver le sentiment d'avoir une valeur, à travers un projet très personnel. Cette production l'a valorisée et lui a permis de montrer de nouvelles qualités à ses proches ou aux résidents. Et si elle était au départ réticente à se montrer, son livre a permis d'établir un lien avec d'autres résidents qui l'ont félicitée pour son sens de la créativité.
Nous pouvons dire pour résumer que ses capacités motrices manuelles ont été plus maintenues qu'améliorées ; mais que ses capacités cognitives ont été stimulées et valorisées, lui offrant un espace et un temps de liberté au sein même de la pathologie.
Son bien-être s'en est trouvé positivement influencé.

Troisième partie :

L'EXPLOITATION DES ARTS PLASTIQUES LORS DE LA PRISE EN CHARGE EN ART-THERAPIE PEUT S'AVERER BENEFIQUE POUR LES PERSONNES AGEES PENALISEES ACCUEILLIES EN E.H.P.A.D AFIN DE RESTAURER L'ELAN, LA MOTIVATION ET SUSCITER L'EXPRESSION, LA COMMUNICATION ET LA RELATION. NEANMOINS ELLE COMPORTE AUSSI DES LIMITES AUXQUELLES D'AUTRES PRATIQUES COMPLEMENTAIRES PEUVENT PALLIER.

Les prises en charge menées au cours du stage nous ont permis d'expérimenter concrètement et de vérifier certaines hypothèses concernant les effets et le pouvoir de l'Art, et de l'Art plastique en particulier, sur l'être humain. Des réflexions, idées, déjà abordées théoriquement dans la première partie de ce mémoire, trouvent ici l'occasion d'être approfondies à la lumière de notre expérience pratique.
En effet chaque dominante implique la mise en œuvre de techniques particulières. Ces techniques ont des conséquences sur l'implication du corps physique et mental du patient, ainsi que sur l'expérience sensorielle et esthétique de ce dernier.
Or, si l'exploitation des arts plastiques a été globalement profitable au mieux-être du patient, nous avons également ponctuellement éprouvé le besoin d'exploiter d'autres pratiques artistiques, dans le but d'améliorer certaines stratégies.
Ce fut le cas lors de la prise en charge de madame B., à laquelle nous avons proposé des activités relevant des arts plastiques et des arts du langage ; ainsi que pour madame E. pour qui nous avons choisi d'exploiter les arts plastiques puis la musique.

A. Des spécificités des arts plastiques présentent des avantages et peuvent être exploitées au bénéfice du bien-être et de la motivation des patients.

Les atouts de l'Art plastique, exploités en art-thérapie au bénéfice de la personne âgée dépendante, résident principalement dans la matérialité des productions, les temps distincts de l'action, de la production et du traitement mondain, et la distance dans l'espace entre le producteur et l'œuvre.

1. Les arts plastiques permettent de sécuriser le patient.

Le sentiment de sécurité est une condition nécessaire aux impressions, au développement de l'élan et à l'expression.

a) La maîtrise technique n'est pas un préalable à l'obtention d'une qualité esthétique de la production.

Certains patients peuvent apprécier l'Art en qualité de contemplateurs mais redouter de s'engager dans l'action d'autant plus quand elles sont en perte de confiance et d'estime. Il est ainsi fréquent d'entendre des personnes dire qu'elles ne sont pas douées, ou que l'Art est destiné à des gens talentueux, dotés d'un don. L'art-thérapeute peut rappeler au patient_ quand leurs capacités cognitives sont saines_ la simplicité avec laquelle les enfants manipulent les formes et les couleurs, et ce sans en avoir fait l'apprentissage. Le coloriage et le dessin au feutre sont les premières modalités d'expression et de représentation du monde dont dispose l'enfant, au cours de son développement. Ne disposant pas d'une maîtrise complète du langage ni de l'écriture, le plaisir spontané de dessiner chez l'enfant correspond entre autre au besoin de contrôler et ordonner ce qu'il perçoit et de prendre de la distance avec

ce qui l'entoure. La représentation graphique devient alors constitutive de l'épanouissement de l'enfant. Il s'agit d'amener le patient à se concentrer sur l'idée de plaisir, la technique pouvant être développée par des essais successifs.

Dès lors il est possible assez facilement pour le patient de réaliser une production intéressante du point de vue esthétique sans avoir une compétence technique poussée. Réaliser une mise en couleurs aux feutres, aux pastels ou à la gouache n'induit pas le même degré de difficultés que peindre à l'huile. D'ailleurs pour désacraliser l'Art et la technique, l'art-thérapeute peut proposer de détourner des outils du quotidien : brosse à dent, lacets, éponges, rouleaux, raclettes et couteaux. Ces expériences induiront des sensations tactiles et kinesthésiques variées en mobilisant différentes préhension. Les traces produites auront aussi un impact sur la variété du plaisir visuel et pourront conforter le plaisir de manipuler, et donc de s'exprimer.

Il existe des techniques de reproduction : photocopies, tampons ou monotype, frottage, décalque, qui permettent de laisser une trace, de prendre plaisir à faire d'abord, d'être inventif ensuite.

Lors d'une prise en charge, nous avons proposé à madame B., pénalisée dans sa motricité par la maladie de Parkinson, l'utilisation de pochoirs afin d'éviter les débordements, ou l'utilisation de collages d'images préexistantes qu'elle pouvait assembler en vue de compositions personnelles. Monsieur P. a quant a lui utilisé le décalque en début de prise en charge ce qui lui a procuré du plaisir et de la satisfaction, avant d'avoir suffisamment confiance pour se confronter à l'inconnu et prendre des risques en peinture.

b) L'imitation peut-être le point de départ facilitateur d'une production.

En milieu rural, la majeure partie des résidents de cette génération n'a eu que très peu de contacts avec l'Art. Avec l'Art plastique, il est possible pour l'art-thérapeute de proposer des reproductions d'œuvres d'art comme déclencheur des impressions et support de l'expression. En effet, il arrive que les personnes âgées dépendantes soient effrayées ou déstabilisées devant un matériau ou un support vierge, surtout si elles ne sont pas familiarisées avec la pratique artistique. Elles ont parfois des difficultés à formuler une intention, à définir ce qu'elles aimeraient représenter. C'est d'autant plus le cas pour les patients atteints de démence. Pénalisés sur le plan cognitif, ils ne peuvent pas convoqués spontanément des images mentales qu'ils auraient en mémoire. Ils connaissent aussi des difficultés à énoncer une intention précise et les questions ouvertes sur ce qu'ils souhaitent produire les mettent en échec.

En littérature comme en peinture, l'imitation peut être le point de départ de l'action. Ce genre que l'on appelle l'art de la citation est très fréquent. Ainsi Manet pour *Le Déjeuner sur l'herbe* s'est inspiré de Raphaël, qui s'était lui-même inspiré de Giorgione. Picasso s'est inspiré des *Femmes d'Alger* de Delacroix et en a proposé de nombreuses variations.

Par cette pratique, il ne s'agit de copier que partiellement. Imiter c'est déjà affirmer un choix, une position, face à l'histoire de l'art et des hommes, qu'elle soit admirative ou en opposition. Cela permet de s'approprier une forme et un fond et de les transformer pour dire autre chose avec ses moyens propres et ainsi se distinguer. Alors un dialogue s'instaure entre deux artistes, parfois entre plusieurs siècles d'intervalles. Il est possible de transposer cette activité en art-thérapie pour faciliter l'implication et l'action du patient.

Or, lorsque le patient se voit proposer plusieurs points de départs, nous avons constaté qu'il est alors capable d'affirmer un goût, un attrait, une émotion face à l'œuvre d'un artiste. Ce premier contact l'incite déjà à sortir du repli sur soi, de l'apathie pour s'intéresser à un autre. Ce fut le cas de madame E., patient démente dont les troubles cognitifs pénalisaient

l'intention. L'expression, et à travers elle, l'affirmation de soi, a été restaurée grâce aux impressions visuelles proposées par le stagiaire pour initier une action.

c) Une production est modifiable au fil du temps et ne sera visible qu'à l'étape choisie par le patient.

La première production_ qu'il s'agisse ou pas d'imitation_ étant une entrée en matière, le patient peut se laisser agréablement surprendre par les effets obtenus sur le support.
Il peut faire le choix de poursuivre ou d'abandonner certaines techniques, de les reconduire jusqu'à obtenir une satisfaction esthétique propre à son idéal. En outre le patient peut être rassuré en constatant qu'il peut modifier la production et sélectionner ce qu'il compte montrer. Cela lui permet d'expérimenter librement différentes techniques, ce qui accroit son plaisir et augmente l'affirmation et la confiance.
Ayant éprouvé du plaisir et de la satisfaction, il peut à nouveau désirer s'exprimer, et creuser l'écart avec le modèle pour faire preuve d'inventivité. Ce premier pas vers une production, si l'expérience est heureuse, pourra appeler d'autres productions, où son style, ses choix et ses goûts seront encore plus affirmés. Ce fut le cas avec monsieur P., qui en début de prise en charge imitait fidèlement des modèles, avant de devenir plus inventif en fin de prise en charge.

d) Contrairement à la pratique théâtrale ou à la danse, les arts plastiques permettent d'exposer les œuvres du patient, valorisantes, sans que celui-ci n'ait à s'exposer lui-même.

Le patient peut être rassuré par le fait qu'il ne soit pas tout de suite au premier plan. Cela peut s'avérer sécurisant, surtout en début de prise en charge, lorsque la confiance, l'estime et l'affirmation de soi sont généralement fragilisées. A mesure que son style et sa technique seront travaillés sa crainte de ne pas être à la hauteur s'estompera au profit d'un désir et d'une fierté de communiquer aux autres ce dont il a été en définitive capable.

2. Les arts plastiques enrichissent les impressions des patients, qui motivent à leur tour l'expression.

a) Pour certains patients, la contemplation de formes, de couleurs et matières pallie un quotidien en milieu clos.

Si certains résidents, les moins dépendants, s'impliquent dans toutes les activités et sorties proposées, d'autres ne sortent jamais de l'E.H.P.A.D. en raison d'incapacités motrices ou cognitives. Cet enfermement peut être physique mais aussi psychique.

Ce fut le cas de madame E., atteinte de démence, prise en charge en art-thérapie et vivant son quotidien dans l'espace limité mais sécurisant de sa chambre.
Cette dernière, comme nous l'avons relaté en deuxième partie de ce mémoire, n'a pas de mémoire suffisante pour conserver ou restituer le souvenir d'une lecture faite quelques minutes auparavant. De plus, les atteintes cognitives limitent son imagination. En utilisant les arts plastiques nous avons pu partager avec elle la consultation d'ouvrages d'art, afin de lui proposer des images convocables matériellement sous ses yeux afin d'accroitre son plaisir visuel.

Proposer des reproductions, c'est permettre à la personne d'accéder à des images absentes, ou différentes de son quotidien, qui appellent à leur tour des souvenirs, ou des émotions et développent l'imagination.

b) Ces gratifications sensorielles peuvent favoriser la communication et l'affirmation de goûts, et par là l'affirmation de soi et de sa personnalité.

Madame E., souffrant de dépersonnalisation, a pu affirmer ses goûts en contemplant des images, en décrivant et nommant les formes qu'elle reconnaissait, ce qu'elles lui évoquaient.

Monsieur P., patient atteint de démence vasculaire, au hasard d'un livre, a reconnu dans un tableau de Soutine la cathédrale de Chartres, contemplée souvent par le passé lorsqu'il se promenait en famille. Sans le support de cette image, il est probable qu'il n'aurait pas convoqué et restitué ce souvenir spontanément. Cela lui a permis de parler de la région où il a vécu et qu'il aimait, de partagé un souvenir personnel agréable, et pourtant bien éloigné de son quotidien.

c) Les impressions peuvent donner le désir de s'exprimer et produire à son tour.

Ainsi, nous avons proposé des images en noir et blanc à madame E. Elle a choisi celles qu'elle préférait, et les a mises en couleurs selon son goût et sa personnalité.

Ainsi monsieur P. apathique, ayant un langage assez pauvre, peu sujet à l'expressivité dans l'E.H.P.A.D. a suggéré lui-même que l'œuvre de Soutine lui plaisait et qu'il souhaitait s'en inspiré à son tour. Les couleurs et la facture lui octroyait du plaisir, un plaisir physique, puis un plaisir affectif et mental. Cette « vibration de l'âme » chez ce patient a alimenté son élan. Il s'est senti touché et à voulu extérioriser cette émotion en agissant lui-même de manière personnelle sur un support.

Madame B., dont les capacités cognitives étaient préservées, a imaginé qu'elle forme prendrait son recueil. Elle imaginait, y compris entre les séances, quelles représentations elle aller ajouter ou modifier, ce qui permettait aussi de faire travailler sa mémoire.

d) Les productions engagent le style et la confiance du patient.

En exploitant les arts plastiques, la motricité du patient est engagée de manière personnelle.

Réaliser une production ouvre le champ à un nombre infini de choix et de combinaisons possibles quant aux médiums, au support, aux outils choisis. Il est aussi possible de moduler la préhension, la pression exercée sur les outils, la direction, la vitesse ou l'amplitude des gestes, la façon de se positionner ou de se mouvoir face au support. Si bien que chaque patient développe un style et une facture qui lui est propre.

Ainsi, il est possible de brosser, caresser, asperger, griffer, gratter, griffonner, diluer, épaissir, effriter, estomper, imprimer, étaler ; ces gestes associés à la consistance du médium en peinture, liquide, pâteux, granuleux, etc. occasionnent des plaisirs tactiles et kinesthésiques. Mais ces choix ont aussi une incidence sur la qualité du tracé ou du modelé. Ce ne sont là que quelques exemples qui montrent la diversité des actions et des expérimentations possibles.

Lorsque la personne parvient à réitérer certains gestes volontairement pour les effets visuels qu'ils produisent, en cohérence avec le fond et en adéquation avec leur intention, leur confiance grandit. Elles ont alors le sentiment d'avoir bien fait et d'avoir réussi à « dompter » la matière. Pour ce faire il aura fallu mobiliser un élan, une énergie, des efforts et persévérer. C'est une activité qui permet au patient de manifester sa présence, son emprise sur l'extérieur, d'imprimer sa volonté et son existence.

3. Un gain de confiance et d'affirmation s'accompagne d'une revalorisation de l'estime. Ils permettent de retrouver une place au sein dans la communauté humaine et dans l'espace.

a) Les « œuvres » réalisées témoignent et préservent la mémoire des réussites aux yeux du patient.

Chez le patient âgé la restauration de la confiance et de l'estime est un travail de longue haleine. Lors d'une séance, il peut avoir exprimé de la satisfaction, reconnaître ses progrès ; puis la séance suivante, il peut avoir oublié, se montrer à nouveau mal assuré, hésitant. L'art-thérapeute peut lui rappeler et lui montrer les réussites des productions antérieures, ce qui pourra réalimenter l'élan et la motivation pour le temps de la séance.

b) Ayant gagné en confiance, le patient pourra soumettre son travail au traitement mondain dans l'enceinte de l'E.H.P.A.D., ce qui confortera son estime.

Il arrive que le patient souhaite de lui-même montrer ou offrir ses productions, et les réalise dans cette intention, comme ce fut le cas de madame B. Mais il arrive aussi que l'art-thérapeute ait à encourager le traitement mondain.
Mais en définitive, au regard de notre expérience de stage, passée cette étape, tous les patients ayant exposé leurs productions ont ressenti de la fierté. Ils ont gagné en estime et ont reçu des messages de reconnaissance de la part des autres résidents, des soignants et de leur famille.

c) L'exposition permet de relancer la communication et la relation au sein de l'E.H.P.A.D.

Dans la phase du traitement mondain, le public peut certes admirer la technique employée, mais il est aussi probable qu'il soit d'avantage touché par une représentation personnelle, expressive témoignant d'une volonté humaine. Ainsi dans le cadre de l'exposition des œuvres des patients pris en charge au cours du stage d'art-thérapie, nous avons pu constater que le personnel de l'E.H.P.A.D était ému de voir les productions des résidents, parce qu'ils avaient su s'engager, dépasser leurs difficultés, dans le but de faire preuve de créativité (et non parce qu'ils étaient aussi doués que des artistes reconnus). Le personnel et les autres résidents ont été touchés esthétiquement et artistiquement car ils pouvaient admirer des productions réalisées par des personnes auparavant apathiques, solitaires, repliés sur eux-mêmes, détournés de l'expression et de la relation.

Dans certains cas, le personnel soignant a été surpris de découvrir une créativité insoupçonnée chez des personnes côtoyées tous les jours mais qui jusque-là n'avait pas la motivation suffisante pour s'exprimer. Cela permet de modifier le jugement porté sur certains résidents et cela redonne une place, un statut, au sein du groupe de vie.

. Les résidents félicitent les participants et parfois renouent le dialogue. Ainsi, monsieur P. mentionné dans l'étude de cas, mange tous les jours à la même table que monsieur C. mais sans réelle connivence ou communication. Depuis l'exposition des réalisations de monsieur P., monsieur C. lui a demandé de l'aide pour un projet artistique personnel et dans les couloirs, il l'interpelle en l'appelant « l'artiste ».

Madame B. a quant à elle bénéficié des félicitations de sa famille. Les relations avec son mari se sont sensiblement pacifiées. Jusque ce dernier reprochait à sa femme ses maladresses. Depuis, son regard a positivement changé.

Concernant madame E., ses productions ont été rassemblées et datées puis transmises à sa famille, qui vient peu en raison de l'éloignement géographique. Vivant difficilement la démence de leur proche, ils ont constaté qu'en dépit de la pathologie, une forme résiduelle d'expression et de communication était possible. La contemplation des productions a changé leur regard et les a réconfortés. Dans ce cas, la distance entre l'œuvre et le producteur permet ainsi à cette patiente totalement confinée à l'espace de sa chambre de faire connaître ses productions et ainsi de s'engager dans la relation aux soignants et à sa famille.

d) Les œuvres permettent aussi de s'approprier un espace.

Les œuvres peuvent être conservées et déplacées. Dans le cas de monsieur P., la matérialité des productions a permis d'investir la chambre. Les traces personnelles de son action ont favorisé l'appropriation de cet espace et conforté la légitimité de sa place et de son installation dans l'E.H.P.A.D pour le long terme.
Cela signifie aussi son acceptation de vivre durablement dans l'E.H.P.A.D.

4. Bien que traditionnellement qualifiés d'art de l'espace, les arts plastiques peuvent aussi aider certains patient à se projeter dans le temps d'un projet et dans l'avenir.

a) Lors du temps de la séance, le patient peut se fixer un but en termes de réalisation.

Certains résidents perdent la notion du temps, se repèrent difficilement en raison de pathologies, ou ont un sentiment de dilution du temps, qui se déroule de manière monotone dans l'établissement. Les patients dépressifs y sont indifférents, puisque l'avenir est sombre. En outre, es activités sont décidées et repérées par le personnel soignant, si bien que les résidents eux-mêmes ne font plus d'efforts pour se remémorer les événements à venir ou les rendez-vous personnels.

Grace à l'œuvre qui se densifie et prend jour au fil du temps, le patient juge et évalue ce qu'il a déjà réalisé et ce qui lui reste à faire. Il a alors un rapport concret au temps. C'est un soutien de l'action.

b) Le travail en cours peut s'envisager dans la durée, ce qui suppose efforts et persévérance et contribue à donner du sens au temps passé dans l'E.H.P.A.D.

Lorsque la production s'élabore sur plusieurs séances, le patient peut évaluer ce qu'il reste à réaliser. Cela lui donne le sentiment d'être investi d'une mission, d'un projet, ce qui soutient la production d'efforts et la persévérance.
Ainsi, monsieur C., dépressif, pris en charge en art-thérapie, a pu s'investir dans différentes réalisations. N'ayant que de modestes revenus, et souhaitant renforcer le lien familial, nous avons suggéré à monsieur C. d'offrir ses productions à ses proches. Il s'est ainsi à nouveau projeter dans le temps, et tourner vers l'extérieur, fixant des dates auxquels les productions devaient être terminées (pour l'anniversaire de sa fille, pour un repas de famille, etc.).
Il a recouvré du sens à agir, et ce de manière intentionnelle et dirigée. Il a aussi gagné en estime ayant le sentiment d'être utile et compétent.
Son implication ne concernait pas que le temps des séances, puisqu'hors séance, monsieur P. continuait de rechercher des idées concernant le fond et la forme.

c) Au-delà de son temps propre du temps et du temps du faire, le patient peut transmettre son travail aux autres générations de sa famille, confortant le sentiment d'exister.

Exister, c'est s'épanouir, se développer, s'améliorer, s'élever et donner une direction et du sens à sa vie.

Madame B. avait une vision pessimiste de l'avenir s'est fixée pour but de réaliser un recueil de recettes illustrées. Elle a ainsi souhaité laisser une trace d'elle-même à sa famille et leur transmettre un témoignage de ses gouts, de ce qui l'a toujours passionnée dans la vie : la cuisine. Ses productions lui ont permis de se projeter dans le futur mais aussi de consolider le sens de son existence. Réaliser ce projet lui a aussi permis de se rassurer quant à l'échéance prochaine de sa mort. Elle sait que les siens pourront continuer à penser à elle à travers ce recueil.

B. L'exploitation des arts plastiques peut parfois présenter des inconvénients ou des limites auxquelles d'autres pratiques peuvent pallier.

Les mêmes effets ou les caractéristiques propres aux arts plastiques bénéfiques pour certains patients peuvent devenir dans certains cas négatifs ou limitatifs.

1. Les gratifications sensorielles dominantes des arts plastiques sont principalement visuelles et tactiles ce qui limite la variété des impressions du patient.

a) L'exploitation des arts plastiques est contre-indiquée lorsque le patient présente une déficience conjointe des organes récepteurs de la vue et du toucher.

Il faut nécessairement qu'une de ces modalités sensorielles soit saine pour que le patient puisse bénéficier du rayonnement des œuvres et effectuer une captation. C'est à partir des impressions du patient que peut être développée ou restaurée l'expression de ce dernier.

b) L'exploitation des arts plastiques nécessite un goût du patient pour les formes, les couleurs ou le contact avec la matière.

Chaque être humain a une inclinaison pour certains stimuli sensoriels plutôt que d'autres. Les goûts sont influencés par la culture d'une personne, par ses connaissances, par ces expériences. Or un patient peut être totalement indifférent aux sensations provoquées par les arts plastiques par exemple, mais aime, être touché et avoir du plaisir à écouter de la musique.
(Dans le cas d'une indifférence totale à l'Art en général, la prise en charge en art-thérapie sera contre –indiquée).

c) L'art-thérapeute peut vouloir induire des gratifications sensorielles que les arts plastiques à eux seuls ne permettent pas d'atteindre.

Ainsi, lors de la prise en charge de madame E. les arts plastiques ont procuré un plaisir visuel, tactile, kinesthésique et gestuel ce qui a favorisé une amélioration du bien-être, a développé le ressenti corporel, et permis de soutenir l'identité par l'affirmation des goûts de madame E. en matière d'images artistiques.

Mais nous avons éprouvé le besoin de varier les stimuli proposés en convoquant la musique.

d) La musique procure au patient des gratifications complémentaires et spécifiques.

La musique est une modalité particulière d'expression. Le musicien organise la succession des sons dans le temps dans un but esthétique. Les sons diffèrent des bruits fortuits du quotidien et existent en opposition au silence. Qu'ils soient instrumentaux ou vocaux, ils sont volontairement produits et organisés par un être humain. La musique sollicite en premier lieu l'ouïe et les gratifications sensorielles dominantes sont auditives.
Le son en musique est défini par quatre composantes fondamentales : la durée, qui correspond à son étalement dans le temps, l'intensité qui équivaut au volume sonore, le timbre qui concerne la qualité ou la couleur du son, et la hauteur (grave, aigu). A ceci s'ajoute l'organisation de la musique qui dépend du rythme (saccadé, régulier), du tempo, qui concerne la vitesse d'exécution, de la mélodie qui correspond à la succession des notes et de l'harmonie qui définit les accords et les enchaînements. Tous ces éléments ont une incidence sur le ressenti et peuvent influencer l'expérience esthétique de l'auditeur ; par exemple un tempo rapide pourra exprimer la peur, ou la gaité.

Dans le cas de madame E., la musique lui a procuré du plaisir et du bien-être, car certaines mélodies lui paraissaient belles ; mais aussi car l'écoute musicale permettait une reconnaissance et une remémoration de certains refrains et de certains mots appartenant à sa culture. Cela a permis de la rassurer car elle souffrait d'angoisses et de dépersonnalisation, et par la musique nous avons pu renforcer son affirmation.

2. Au niveau de l'action, s'inspirer d'un modèle, que celui-ci soit une œuvre d'artiste ou une représentation issue de son imaginaire, peut aider le patient mais aussi le mettre en difficulté, et avoir un effet négatif sur la motivation et l'estime.

a) Utiliser une technique trop exigeante au regard des possibilités peut également générer une frustration.

Si la résistance du matériau est le propre des arts plastiques et peut alimenter le désir de le maitriser ; elle peut aussi décourager le patient si sa technique n'est pas à la hauteur de ses espérances. C'est ce qui advient au peintre Frenhofer qu'évoque Balzac dans *Le chef-d'œuvre inconnu*. Celui-ci est certes animé par un élan et une motivation et il retravaille sans cesse la forme au regard de son idéal esthétique. Il est persuadé d'avoir produit une œuvre parfaite, mais lorsqu'il prend du recul et contemple le tableau en présence de ses amis, il réalise qu'il a échoué. Au cours de la nuit qui suit, il détruit son tableau qui reste inconnu du public.

b) Le souci de fidélité à un idéal esthétique trop élevé peut nuire à la confiance et à l'estime du patient.

Ainsi nous avons déjà évoqué le pouvoir d'entraînement des formes et des couleurs : une touche en peinture en appelle généralement une autre, et les couleurs juxtaposées créent une combinaison qui modifie l'harmonie de l'ensemble de la composition et de la forme.

Pour que ce pouvoir d'entrainement soit bénéfique à l'émergence et au maintien du désir de s'exprimer, il faut que l'idéal esthétique soit abordable et adapté au patient. Si l'idéal de départ est trop élevé il va générer de la frustration et mettre en danger l'estime et la confiance du patient ainsi que son engagement dans l'expression.

3. Les arts plastiques sollicitent la motricité fine, ce qui peut être inadapté aux capacités du patient et risque de réduire les possibilités d'expression : retour sur le cas de madame B.

a) L'utilisation des arts plastiques dans le cas de madame B. a une portée réelle mais limitée

Comme nous l'avons exposé dans l'étude de cas concernant madame B., cette dernière est atteinte d'une maladie de Parkinson qui provoque des tremblements au repos, ce qui pénalise la motricité fine, la lisibilité de l'écriture en particulier. Cela signifie que la précision des tracés et du dessin peut être altérée, d'autant plus quand madame B. est particulièrement fatiguée.
L'exploitation des arts plastiques aurait pu être contre-indiquée si sa motricité fine avait été totalement absente. Si l'activité s'était résumée au dessin, elle aurait nui à son plaisir, à sa satisfaction esthétique et à son estime. Or chez madame B., il restait un reliquat de motricité et de préhension possible.
L'utilisation des capacités cognitives saines de madame B._ imagination, volonté, concentration) et la valorisation de ces capacités a permis un contrôle partiel des tremblements lorsque les bras et les mains étaient en mouvement. En augmentant la concentration, elle est parvenue à donner une direction voulue aux tracés effectués à l'aquarelle (avant que la maladie n'évolue davantage en cours de prise en charge). Ce contrôle momentané suscitait du plaisir (sentir le pinceau glissait sur la feuille, voir les couleurs se mêler) ; elle a éprouvé une satisfaction quant à son idéal esthétique grâce à l'utilisation du pinceau et de l'aquarelle qui ne présente pas le même degré d'exigence quant à la précision du tracé. Par ces techniques, les couleurs se fondent lorsqu'elles sont au contact les une des autres, ainsi les débordements ne sont pas visibles. A cette activité c'est ajouté l'usage de pochoirs et de collages. Ainsi elle a eu du plaisir et de la fierté à utiliser ces techniques de manière relativement autonome. Bien évidemment, ses gestes et sa motricité ne permettait pas le même degré de maîtrise que d'autres patients qui ne présentaient pas de pénalités motrices. Mais il s'agissait avant tout de maintenir l'utilisation de sa motricité, améliorer le ressenti corporel et son estime en mettant en valeur son autonomie.

b) Les arts du langage offrent une complémentarité bénéfique

Ensuite pour soutenir la motivation, nous avons convoqué les arts du langage.
Par cette activité artistique le patient travaille et la transmission de sens par le choix des mots, et la recherche de beauté et de plaisir auditif par les sonorités utilisées.
Nous avons exploité l'écriture non au sens de graphie, mais au sens de conception de textes.
Cette activité a permis de valoriser les capacités cognitives de madame B.
Le terme renvoie au travail d'un texte, au sens de composition, ce qui implique des compétences cognitives comme l'attention, la mémoire, l'imagination, l'abstraction, la planification. L'auteur doit veiller à la cohérence entre le contenu du texte (le fond) et le genre de texte, et à la cohésion d'ensemble du tout. Il doit choisir un ton, un champ lexical approprié, adopter un style, veiller à la correction syntaxique. Tous ces éléments concourent

au travail du texte, ce qui implique des compétences cognitives comme l'attention, la mémoire, l'imagination, l'abstraction, la planification.

. A cela s'ajoute une autre particularité : l'auteur peut dicter son texte à un tiers, qui retranscrira fidèlement le contenu ; cela n'aura pas d'incidence sur le fait que l'auteur en reste le producteur. L'œuvre produite elle est conservée par l'écrit. Le texte peut donc être remanié, retravaillé avant d'être partagé. C'est là que se situe la proximité avec les arts plastiques.
Cette activité a permis de valoriser les capacités cognitives de madame B.

C'est la complémentarité des deux pratiques qui a permis d'atteindre plus pleinement la restauration de l'estime de soi.

4. Dans l'exploitation des arts plastiques, le travail de l'image du corps et de la perception corporelle est indirect.

a) Les arts plastiques distinguent l'œuvre du producteur.

Comme nous l'avons vu, l'Art plastique distingue l'œuvre de son producteur et dans l'espace et dans le temps. Ce sont deux entités distinctes. C'est par l'intermédiaire de la contemplation de la production ou par l'action sur cette production qu'émergent le ressenti et la structure corporel.
Ainsi, dans le temps du faire, le corps moteur agit sur le support, et c'est par cet intermédiaire que le producteur perçoit son corps dans l'espace, ainsi que ses membres au travail, à travers la préhension des outils, le contact du matériau, du support ou des médiums. Mais son intention et son élan sont orientés dans un premier temps vers le façonnage de la forme. Et c'est dans un mouvement parallèle (et non central de l'action) que le ressenti et la structure peuvent être développés en faveur du bien-être du patient.

b) A contrario, les arts corporels ont pour préoccupation première un travail du ressenti et de la structure corporelle.

La danse correspond à une organisation volontaire de mouvements corporels dans une visée esthétique. Il s'agit de mettre en forme le corps.

Cette discipline est constituée de divers éléments tels que l'amplitude du mouvement, les vitesses d'exécution des mouvements variables, l'équilibre, les déplacements ou l'immobilité, le contact avec le sol ou les sauts. Les mouvements sont choisis ce qui signifie que l'on peut privilégier tout ou une partie du corps dans l'exécution du mouvement. Le rythme permet d'organiser ces mouvements dans l'espace.
Les gratifications sensorielles dominantes relève de la sensorialité profonde.
Au regard de l'opération artistique, les phases 6 et 7 ne sont pas distinctes, la mise en œuvre des techniques lors de l'action et la production sont confondues.
Lorsqu'il danse, le danseur ne se voit pas nécessairement, mais les mouvements et le ressenti lui permettent de construire une perception et une conscience de son corps et une structure corporelle. C'est aussi par le mouvement qu'il prend conscience du temps et de l'espace, puisque ses gestes doivent suivre un certain rythme, être effectué à certains moments précis, et en des points de l'espace précis et en occupant le lieu d'une manière adéquate au regard de l'intention et du fond de la production.

Cela signifie que l'œuvre et le producteur sont confondus. Le corps est à la fois le vecteur de l'action motrice, l'objet de l'intention esthétique et le support de la production.

c) La danse aurait pu être exploitée dans la prise en charge de madame B.

Il s'avère qu'étant discrète, elle ne souhaitait pas être mise en scène ou s'exposer dans le laps de temps imparti par le stage. Au sein de l'E.H.P.A.D., les soins entrepris doivent tenir compte de la volonté du patient. La finalité de l'établissement est de privilégier le respect de la personne âgée dépendante et sa prise d'autonomie, c'est-à-dire la capacité qu'elle a à se gouverner elle-même.

Dans le cas de madame B., on pourrait envisager d'exploiter la danse dans le prolongement des arts plastiques et des arts du langage. Ceux-ci ont permis un gain de confiance et d'estime de soi qui mériteraient d'être approfondis. Cette pratique aurait pu permettre de convoquer un panel de mouvements esthétiques variés pour améliorer son ressenti corporel et l'image négative qu'elle a d'elle-même.

5. Dans l'utilisation des arts plastiques, le temps de l'action est plutôt solitaire et la relation est tributaire de la production.

a) Les arts plastiques correspondent à une activité solitaire.

Hormis le cas particulier où des patients collaborent en vue d'une production commune, le temps précis de l'action est un moment solitaire. Le patient se concentre sur le support, qui est l'objet de son attention première. Et c'est ensuite principalement la production qui oriente vers la nécessité d'une communication et qui induit une relation.
Certes, la production en cours d'élaboration suppose des échanges et une relation avec l'art-thérapeute qui va accompagner ce cheminement, mais ces échanges ne constituent pas le cœur de la démarche artistique.

b) En Art plastique, c'est l'œuvre qui s'expose et favorise la relation aux autres.

Or si la production existe, elle témoigne bien d'un engagement du patient vers l'expression. Cette expression a bien fait l'objet de communication et de relation à l'art-thérapeute. Mais elle ne peut pas à elle seule suffire à attester que le patient va plus facilement entrer en relation avec les autres résidents. C'est la où réside l'importance du traitement mondain en arts plastiques, qui convoque le patient pour qu'il puisse présenter ces productions à autrui, en faisant preuve d'affirmation de soi, de confiance et d'estime. Il faut pousser la démarche jusqu'à l'exposition pour que l'acte de communication soit total.

c) A la différence des arts plastiques, les arts corporels comme la danse ou le théâtre, impliquent plus directement la communication ou la relation.

La danse et le théâtre exploitées en art-thérapie mettent « en scène » et rassemble au minimum deux personnes : le patient et l'art-thérapeute.
Ces deux pratiques ont la particularité de s'extérioriser par le corps des participants. Toute action de l'un interfère sur l'autre dans un espace et un temps qu'il faut partager.

Le théâtre[28] est une modalité particulière d'expression corporelle mais implique aussi la vision et l'audition. L'acteur joue un personnage en action et en se déplaçant. Le mime est une variante de la pratique théâtrale où l'acteur ne parle pas, l'expression passant par les mouvements du corps, sa position dans l'espace et ses expressions faciales, et la modulation du rythme de sa voix, de son timbre, de l'intonation.
Le protagoniste est appelé comédien ou acteur. Il va sciemment et volontairement travailler sa voix (rythme, volume, inflexion, timbre), ses attitudes corporelles et ses mimiques faciales pour s'exprimer et donner une identité physique et émotionnelle au personnage qu'il incarne. Il communique le texte d'un auteur à destination d'un public ce qui suppose un effort de mémorisation, et induit une relation directe.

La danse quant à elle peut se pratiquer seul ou en groupe. Et dans le second cas, elle implique communication et relation entre les participants. Chacun se positionne dans l'espace par rapport aux autres, et chacun peut repérer le moment où il effectue certains mouvements par rapport aux autres. Chacun a un rôle précis à jouer et concoure par son action à l'équilibre du tout. En cela l'attention, la communication et la relation aux autres sont essentielles. Le fait de danser sur un thème commun, le fond, et de partager un code, la chorégraphie, renforce le sentiment de connivence du groupe.
Par ailleurs, lorsqu'il est en action, le danseur est déjà impliqué au minimum dans une relation au chorégraphe, avec qui il communique sur la justesse ou la qualité de ses mouvements. Il peut aussi déjà anticiper la réaction du public et se projeter dans la relation au contemplateur.

d) La musique instaure elle aussi d'emblée une relation y compris au cours de prises en charge individuelles.

La musique, instrumentale ou vocale, est organisée par le rythme.
L'art-thérapeute peut convoquer cette particularité de la musique pour approfondir la relation au patient.
C'est ce que nous avons exploité avec madame E.
La pratique initiale des arts visuels avait déjà dans un premier temps amélioré l'expression de madame E. La communication avait aussi été renforcée par des échanges concernant les productions.
L'écoute musicale et le chant nous ont permis de travailler la synchronisation de nos actions et productions respectives.
En effet, le chant suppose une écoute et une prise en compte de l'autre afin d'être dans le même rythme.
Cette pratique a également encouragé la communication non verbale, notamment les échanges véhiculés par le regard et l'attention à l'autre.
Enfin, le pouvoir évocateur des mots et des mélodies a favorisé le partage d'émotions, ce qui a augmenté la connivence entre le patient et l'art-thérapeute.

[28] Pruner Michel, *La fabrique du théâtre*, collection Lettres Sup, Edition Armand Colin, 2005. L'auteur donne des précisions sur le jeu de l'acteur et décrit le rôle des différentes personnes qui collaborent à la gestation d'une représentation théâtrale.

C. Tableau récapitulatif des aspects bénéfiques et des limites de l'exploitation des arts plastiques en art-thérapie auprès de personnes âgées dépendantes

ASPECTS BENEFIQUES DES ARTS PLASTIQUES	LIMITES ET INCONVENIENTS DES ARTS PLASTIQUES
Gratifications sensorielles variées (visuelles, tactiles et kinesthésiques) - enrichissement des impressions -développement de l'imaginaire -facilitant restitutions de souvenirs personnels **Sécurisation des patients** -techniques adaptables -facilitation de l'expression par l'imitation -conservation des traces produites -possibilité de retoucher les productions (ce qui motive et favorise la persévérance) -possibilité de s'exprimer sans s'exposer **Emergence d'un style qui soutient la confiance en soi et l'estime** -existence physique de la production -possibilité de les remontrer au patient (soutien la confiance et l'estime) -possibilité de les exposer ce qui est valorisant -possibilité de les transmettre **Inscription des productions dans l'espace qui donne une légitimité à l'appartenance du patient au groupe et au lieu qu'il occupe** **Inscription des productions dans le temps** -le temps du faire -le temps de l'existence	**Toutes les gratifications sensorielles ne sont pas explorées** (gratifications auditives et gratifications corporelles profondes) **Limitation des impressions du patient** -le patient peut ne pas être réceptif à ce type de stimuli -le patient peut ne pas y être sensible **Risque de nuire à la confiance et à l'estime** -si l'idéal esthétique est trop élevé -si la technique est inadaptée aux capacités du patient **La perception de l'image du corps et la conscience du corps sont travaillées indirectement** **Le temps de l'action est solitaire** -la communication et la relation sont provoquées indirectement par la production

Conclusion

La vieillesse est une période bouleversante pour l'être humain. Ce d'autant plus lorsqu'il est pénalisé par des blessures de vie ou des pathologies qui nuisent à sa qualité de vie et son bien-être. La personne âgée peut alors perdre le goût de vivre, ne plus avoir le sentiment de pouvoir contrôler et habiter sa vie. Elle peut alors avoir tendance à se replier sur elle-même et ne plus s'engager dans la relation aux autres ou au monde.

Ce désengagement peut être aggravé lorsque sa dépendance la mène à intégrer la vie collective d'une institution. Elle peut avoir l'impression de perdre son identité, son statut et ses repères, ne plus se sentir utile ou appréciable.

Au sein d'un E.H.P.A.D., l'art-thérapie s'avère complémentaire aux prises en charge médicales et paramédicales. Elle présente l'avantage d'humaniser la pratique du soin en prenant en compte la personne âgée dans sa globalité. Elle permet de porter une appréciation différente sur la personne âgée dépendante, qui n'est pas seulement observée au regard de ses manques et ses dysfonctionnements. L'art-thérapie permet de revaloriser les capacités saines de la personne âgée dépendante pour induire son mieux-être et son épanouissement. Elle restitue à la personne sa place de « sujet » autonome, impliqué dans l'existence. Cette discipline lui permet de renouer avec l'expression, la communication et la relation. Nous avons constaté que l'art-thérapie permet aussi de maintenir, restaurer ou développer des facultés chez les patients. Ses effets ont un retentissement positif sur la qualité de vie des personnes âgées, car ils améliorent l'affirmation, la confiance et l'estime de soi.

C'est ainsi qu'au cours de cette expérience pratique, nous avons noté que l'art-thérapie à dominante arts plastiques s'avère particulièrement pertinente pour favoriser l'implication de la personne âgée dans le groupe et le lieu de vie. Les arts plastiques sont rassurants sur bien des points, et encouragent l'élan, l'intention, la persévérance, tout en conservant des traces qui nourrissent la motivation du patient. Ils permettent d'investir le temps, de se projeter dans l'avenir et de donner du sens à l'existence.

Mais nous avons également constaté dans certaines situations des inconvénients ou des limites à l'utilisation des arts plastiques. Il nous parait important de pouvoir convoquer d'autres disciplines si l'amélioration de l'état de bien-être et de la qualité de vie du patient nous y conduit.

La prise en charge en art-thérapie, si elle repose sur l'objectivité et la rigueur, n'est pas linéaire. Elle n'est pas une pratique de soin mécanique, qui à chaque patient prescrirait une solution toute établie. Elle nécessite des réajustements de la stratégie et de la dominante artistique choisie, au regard de l'évolution des objectifs et des besoins de la personne suivie.

L'art-thérapeute doit aussi être à l'écoute de la personnalité du patient, et respecter ses désirs. En cela une bonne connaissance de l'histoire de vie et de la culture peut aider le soignant à trouver des pistes orientant sa stratégie.

Par ailleurs, lorsqu'il propose une pratique au patient, en cherchant les moyens les plus pertinents, l'art-thérapeute doit aussi obtenir son adhésion. Il peut arriver qu'une stratégie qui paraissait la plus pertinente soit refusée par le patient, et dès lors, l'art-thérapeute doit trouver des adaptations répondant à l'obtention des mêmes objectifs, en gardant toujours à l'esprit le respect du patient. Sans cela il ne pourra pas parvenir à l'impliquer dans l'expression, la communication et la relation.

Lors de cette expérience au sein de l'EHPAD Goxa Leku, l'exploitation du potentiel artistique nous a permis de révéler la possibilité de l'être humain d'être expressif, et créatif jusqu'au bout de la vie. Contrairement aux idées reçues, la vieillesse n'est pas synonyme de déclin et la personne âgée dépendante peut toujours s'épanouir et trouver un sens à son existence.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BALZAC H. De, *Le chef d'œuvre inconnu*, Le Livre de Poche ; paru dans une première version en 1831, puis augmenté en 1837.

CARON Rosa, *Comprendre la personne âgée*, collection Interventions psycho-sociales les personnes, Gaëtan Morin éditeur, 2000.

CRÔNE Philippe, « L'entrée en institution », pp.3-16, et « L'animation en psychogériatrie » pp37-48, sur les démences et le climat sensoriel, in. *L'animation des personnes âgées en institution, aides-soignants et animateurs*, Edition Masson, 2004.

DELEULE Didier, « La contemplation esthétique », in. *Encyclopaedia Universalis*, 2008.

Dictionnaire *Le petit Larousse illustré*, 1997.

Dictionnaire *Le Robert*, édition numérique, 2010.

FORESTIER Richard, *Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique*, Editions See You Soon On The Moon, Paris, 2006.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, Lausanne, 1999-2007.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Editions Favre, Lausanne, 2004.

GALLARDA Thierry & LOO Henri, *Troubles dépressifs et personnes âgées*, John Libbey eurotext, Paris, 2000.

HENRARD Jean-Claude, *Les défis du vieillissement, la vieillesse n'est pas une maladie*, Editions La Découverte, Paris, 2002.

KANDINSKY, *Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier*, 1954, Folio Essais, 1989.

POLLAK Pierre, *La maladie de Parkinson*, collection Santé au quotidien, Edition Odile Jacob, 2000.

PRUNER Michel, *La fabrique du théâtre*, collection Lettres Sup, Edition Armand Colin, 2005.

SAUVANET Pierre, *Eléments d'esthétique*, collection Domaines philosophiques, Editions Ellipses, 2004.

REXAND-GALAIS Frank, « Les démences séniles » pp.168-181, in. *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, Vuibert, 2003.

REYT Claude, *Les arts plastiques à l'école*, Armand Colin, 1998.

REFERENCES EN LIGNE

Article collectif, « Démotivation, apathie et dépression du sujet âgé », article publié dans la *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, septembre 2001, Tome V, n°48. [Consulté le 24 janvier 2012], disponible en ligne : « http://www. ch-esquirol-limoges.fr/content/download/14129/file/Sept2001.pdf ».

Article collectif, « Bien vieillir, évaluation et perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres de prévention AGIRC-ARRCO », cite le concept de qualité de qualité de vie, p.54, tel qu'il a été défini par la WHOLQOL, World Health Organisation Quality Of Life, [consulté le 2 février 2012]. Consultable en ligne sur le site :
« http://www.agirc-arrco.com/fileadmin/agircarrco/documents/as/bien_vieillir.pdf »

Derouesné Christian, « Le concept d'apathie : intérêt et limites », In. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, Numéro 1, pp.19-28, mars 2004 ;
[consulté le 10 janvier 2012], disponible en ligne à l'adresse :
« http:// www.jle.com/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/03/FF/93/article.phtml ».

Faculté de médecine d'Angers, cours « Vieillissement, définitions et concepts », [consulté le 27 janvier 2012], disponible à l'adresse :
« http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc/du/independance-autonomie-personne-agee/_attachments/COURS_2_DU_Vieillissement_D%C3%A9finition.pdf?download=true »

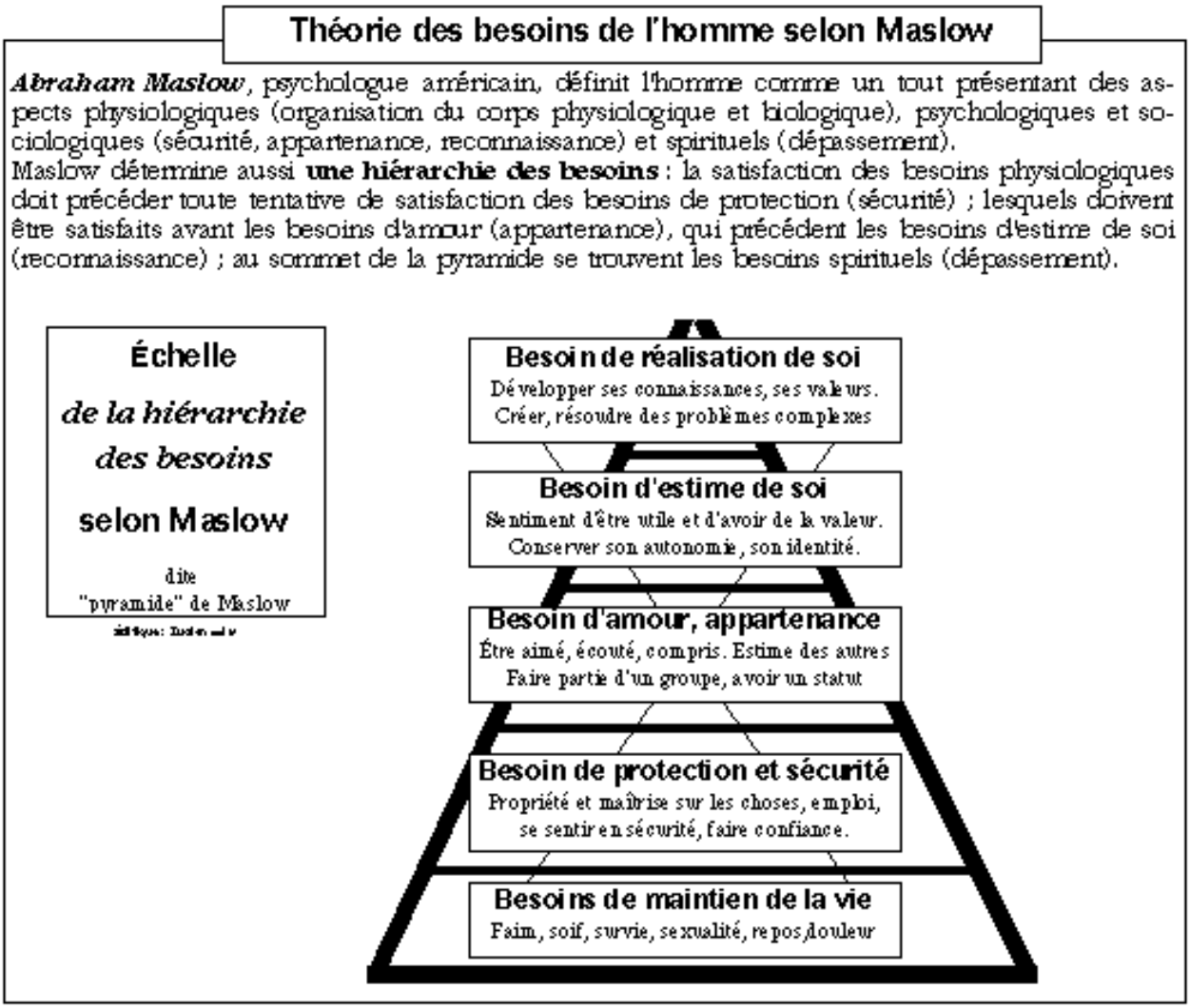
IFSI, cours infirmiers en psychiatrie, « La démence », [consulté le 13 février 2012],
« http://wwww.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours-psychiatrie-la -demence.htlm »

Luauté J.P., Saladini O., « La dépersonnalisation », in. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37.125.A.10, [consulté le 21 février 2012], consultable à l'adresse : « http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/s%C3%A9miologie/Depersonnalisation.pdf. ».

Mias Lucien, échelle de la hiérarchie des besoins d'A. Maslow présentée dans l'article :
« Maslow-Henderson-soins », [consulté le 12 janvier 2012], à l'adresse :
« http : //papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.pdf ».

Pernoud Régine, recueille les propos d'Henri Matisse, « Il faut regarder toute la vie avec ses yeux d'enfant », *Le Courrier de l'U.N.E.S.C.O.*, Vol.VI, n°10, 1953. [consulté le 24 janvier 2012], disponible sur le site :
« http://www.centrepompidou.fr/education/ressources/ ENS-matisse/ENS-matisse.htm »

Annexe 1 : Echelle de la hiérarchie des besoins de l'être humain selon Maslow



http://papidoc.chic-cm.fr/573TabMaslow1.pdf

Annexe 2 : Classement du degré de dépendance de la personne âgée selon la grille AGGIR, Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources

C'est une grille nationale qui permet d'évaluer le degré de dépendance de la personne âgée, à domicile ou en institution.
Ce modèle classe les individus en 6 Groupes Iso Ressources (GIR) définis comme suit :

« GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie.

GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées:
-celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courantes
-celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer (souvent dénommées les "déments ambulants").

GIR 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

GIR 4 comprend deux groupes de personnes:
-celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette ou l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule.
-celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante. »

http://papidoc.chic-cm.fr/19texteaggir.html

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE-TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN E.H.P.A.D

Résumé : Les personnes âgées subissent divers effets du vieillissement, ralentissement moteur, sensoriel, mental, affectif. Des changements de statut social, des relations familiales, amicales et sociales supposent des réaménagements identitaires. Ce processus, bien que normal, nécessite une réadaptation, à soi, aux autres et à l'environnement. A ces modifications peuvent s'ajouter des pénalités, blessures de vie, démence, maladie de Parkinson, dépression, qui vont encore nuire à leur équilibre. Elles entrainent une souffrance, une altération de la qualité de vie, du bien-être et peuvent limiter la motivation, l'élan et le plaisir de vivre. C'est ainsi que la personne âgée peut devenir dépendante et intégrer un E.H.P.A.D., Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes.
L'art-thérapie, en tant qu'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique peut être intégrée aux prises en charge proposées en E.H.P.A.D. En effet, cette discipline vise à maintenir, restaurer ou développer l'expression, la communication et la relation chez l'être humain, c'est-à-dire son autonomie. Nous émettons l'hypothèse que l'art-thérapie peut améliorer la confiance, l'affirmation et l'estime de soi afin d'aider la personne âgée dépendante à s'investir à nouveau dans l'existence.

Mots –clefs: personnes âgées, dépendance, art-thérapie, qualité de vie, plaisir.

Resume: Elderly people suffer from different effects of old age, slowing down of sensory and mental awareness, changes in social status, family, friends and social relationships require behavioral adjustments. This process, although normal, necessitates a readjustment to your self, to others around you and to your environnement. To these modifications can be added disadvantages, day to day accidents, dementia, Parkinson disease and depression witch can deteriorate their wellbeing. These cause sufferings diminishes quality of life and reduce motivation, enthusiasm and the pleasure of life. This is how an elderly person can become dependant and enter an Old People's home (O.P.H.).
Art-therapy, encouraging artistic expression, can be included in the activities of the O.P.H. for its therapeutic and social aims. This is a way to maintain, restore or develop expression, communication and relationship in human beings; witch is to say their autonomy. We believe in the hypothesis that art-therapy can improve confidence, assertion and self-esteem in order to help the elderly people to reinvest in.

Key words: old people, dependency, art-therapy, quality of life, pleasure.

PAGOLA Maité, Année 2012.