

N° :
Note :

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM**

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

PRISE EN SOINS EN ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES DE PERSONNES ÂGÉES INSTITUTIONNALISÉES.
--

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la
Faculté de Médecine de Tours**

Présenté par MARIE-BRIGITTE MCINTOSH

Année 2013

Directeur de mémoire :
Dr Bertrand Devaud,
Médecin Généraliste

Lieu du stage pratique :
Maison de Retraite
Les Chevriers
72360 Mayet

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM**

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

PRISE EN SOINS EN ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES DE PERSONNES ÂGÉES INSTITUTIONNALISÉES.
--

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la
Faculté de Médecine de Tours**

Présenté par MARIE-BRIGITTE MCINTOSH

Année 2013

Directeur de mémoire :
Dr Bertrand Devaud,
Médecin Généraliste

Lieu du stage pratique :
Maison de Retraite
Les Chevriers
72360 Mayet

REMERCIEMENTS

Aux **Patients** de la maison de retraite des Chevriers
Après desquels j'ai beaucoup appris et vécu des moments d'intensité artistique et humaine

A **Mr Jean-Michel Brault**, directeur de la maison de retraite et directeur de stage
Pour son investissement et sa confiance

A **Mme Christelle Gersant**, Cadre de santé de la maison de retraite
Pour son écoute et son soutien

A **toute l'équipe soignante** de la maison de retraite et notamment de l'UPAD
Pour leur accueil

Au **Docteur Bertrand Devaud**, directeur de mémoire
Pour ses conseils

À **Mr Richard FORESTIER**, directeur de formation
Pour la richesse de son enseignement
À l'ensemble des **formateurs et intervenants**, ainsi que le **personnel administratif** de l'école
d'art-thérapie de Tours
Au **personnel de la bibliothèque** de l'Université de Médecine
Pour leur patience et leur aide

A mes proches, et en particulier **Marie-Anne, Ian et Elisabeth**

PLAN

REMERCIEMENTS	1
PLAN	2
GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7

PARTIE I: L'ART-THERAPIE PEUT AMELIORER LA QUALITE EXISTENTIELLE DES PERSONNES AGEES INSTITUTIONNALISEES

A. LE VIEILLISSEMENT DE L'ÊTRE HUMAIN EST UN PROCESSUS NORMAL QUI PEUT DEVENIR SOUFFRANCE	9
A.1 L'ÊTRE HUMAIN, DANS L'INTERACTION DE SON CORPS, DE SON ESPRIT ET DE SON ENVIRONNEMENT, RECHERCHE LE BONHEUR	9
A.1.1 LE BONHEUR NÉCESSITE À L'ÊTRE HUMAIN UNE CONSCIENCE DE SOI PAR LA CONTEMPLATION ET DANS L'ACTION	9
A.1.2 LA RÉALITÉ SENSORIELLE ET COGNITIVE EST EN PERMANENCE COLORÉE PAR L'ÉTAT ÉMOTIONNEL, ET PAR LA QUALITÉ ÉMOTIONNELLE DES INFORMATIONS QUI ATTEIGNENT LE CERVEAU.	11
A.1.3 L'ESPRIT PAR LE BIAIS DES PERCEPTIONS ET DES SENSATIONS FAIT L'EXPÉRIENCE DU MONDE ET LE TRADUIT SOUS FORME DE BIEN-ÊTRE OU DE SOUFFRANCE	12
A.1.4 LA PERCEPTION EST SOUS INFLUENCE À LA FOIS DE LA PERSONNALITÉ, DE L'IDENTITÉ, DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL, CULTUREL ET DE GROUPE.	13
A.1.5 LA SOUFFRANCE EST UNE ÉMOTION NÉGATIVE ET PRÉSENTE UN CARACTÈRE SUBJECTIF	14
A.1.6 LES ÉMOTIONS SERVENT ÉGALEMENT À COMMUNIQUER AU SEIN D'UNE COMMUNAUTÉ	14
A.1.7 CHAQUE INDIVIDU EST UNIQUE MAIS EN CONSTANTE ÉVOLUTION EN FONCTION DE SES EXPÉRIENCES AFFECTIVES ET COGNITIVES	15
A.2 L'ÊTRE HUMAIN VIEILLIT	16
A.2.1 L'ÊTRE HUMAIN VIEILLIT NORMALEMENT ET SUBIT AU COURS DE SA VIE DES MODIFICATIONS PHYSIQUES, COGNITIVES ET SOCIALES	16
A.2.2 LA FRAGILISATION DE L'ORGANISME ET LES PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT CONTRIBUENT À LA PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE	18
A.2.3 LA DÉPRESSION S'ASSOCIE PARFOIS À LA PATHOLOGIE	19
A.2.4 L'ENTRÉE EN MAISON DE RETRAITE EST SOUVENT LA SOLUTION INÉVITABLE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE	19
A.3 LE VIEILLISSEMENT EST UN PROCESSUS DIFFÉRENTIEL QUI RELÈVE DE DONNÉES OBJECTIVES ET SUBJECTIVES ET ENTRAÎNE PARFOIS UNE SOUFFRANCE	20
A.3.1 LES DÉGRADATIONS PHYSIQUES, LA BAISSSE DES PERFORMANCES COGNITIVES ET L'ISOLEMENT SOCIAL SONT DES CRITÈRES OBJECTIFS DE SOUFFRANCE PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE	21
A.3.2 L'APPROCHE IMMINENTE DE LA MORT, PEUT RÉVÉLER UNE SOUFFRANCE SPIRITUELLE	23
B. L'ART CONTRIBUE AU BIEN ÊTRE DE L'ÊTRE HUMAIN	24
B.1 L'ART PAR LE PLAISIR ESTHÉTIQUE QU'IL INCITE DANS LA CONTEMPLATION COMME DANS L'ACTIVITÉ ARTISTIQUE IMPLIQUE LA DIMENSION SENSIBLE ET INTELLIGIBLE DE L'ÊTRE HUMAIN	24
B.2 L'ART EST RÉVÉLATEUR DE CE QUI EST INTÉRIEUR ET EXTÉRIEUR À L'ÊTRE HUMAIN	25
B.3 L'ACTIVITÉ ARTISTIQUE RÉVÈLE LE GOÛT, LE STYLE ET L'ENGAGEMENT DE L'ÊTRE HUMAIN	25

B.4	L'ACTIVITÉ ARTISTIQUE EST UNE ACTIVITÉ PRIVILÉGIÉE D'EXPRESSION ET DE COMMUNICATION ET FAVORISE LA RELATION AVEC L'AUTRE	26
B.4	LA PRATIQUE DES ARTS PLASTIQUES IMPLIQUE LE CORPS ET L'ESPRIT AU TRAVERS DE L'ATTENTION AU MONDE, DES FACULTÉS SENSORIELLES ET DE LA MOTRICITÉ, DE LA MÉMOIRE ET DE L'IMAGINATION ET PERMET UNE DISTANCIATION	27
C.	<u>L'ART-THÉRAPIE PREND EN SOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION, ET AMÉLIORE LEUR QUALITÉ DE VIE</u>	28
C.1	L'ART-THÉRAPIE IMPLIQUE L'ART DANS LE PROCESSUS DE SOIN ET REPOSE SUR L'OPÉRATION ARTISTIQUE QUI DÉTERMINE LA THÉORIE DE L'ART OPÉRATOIRE	28
C.2	L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES S'APPLIQUE AUX PERSONNES ÂGÉES INSTITUTIONNALISÉES	29
C.2.1	L'ART-THÉRAPIE OFFRE UN CADRE SPATIO-TEMPOREL SÉCURISANT ET UNE RELATION PRIVILÉGIÉE POUR ENGAGER LA PERSONNE ÂGÉE DANS UNE ACTIVITÉ ARTISTIQUE, LUI REDONNER UNE IDENTITÉ ET RAVIVER SA QUALITÉ EXISTENTIELLE	29
C.2.2	L'ART-THÉRAPEUTE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES POSSÈDE UNE CONNAISSANCE DES OUTILS ET DE CHAQUE MÉDIUM, DES EFFETS ARTISTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LEUR UTILISATION DANS L'IMPLICATION CORPORELLE	30
C.2.3	L'ART-THÉRAPIE UTILISE L'ACTE VOLONTAIRE DE MISE EN FORME DU SENSIBLE POUR ENGAGER LA PERSONNE ÂGÉE DANS UN PROJET ARTISTIQUE ET LUI PERMETTRE D'AFFIRMER SES GOÛTS ET SON STYLE	30
C.2.4	L'ART-THÉRAPIE RÉPOND AUX BESOINS D'EXPRESSION, DE COMMUNICATION ET DE RELATION DES PERSONNES ÂGÉES	31

PARTIE II: UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES EST PROPOSEE A PLUSIEURS RESIDENTS DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) DES CHEVRIERS, A MAYET, SARTHE

A.	<u>L'EHPAD DE MAYET OFFRE DES PRESTATIONS MÉDICALISÉES À UNE POPULATION ÂGÉE RURALE DE PLUS EN PLUS DÉPENDANTE</u>	32
A.1.	L'ENTRÉE EN INSTITUTION EST PLUS TARDIVE DANS CE MILIEU RURAL	32
A.2.	L'ÉQUIPE SOIGNANTE PLURIDISCIPLINAIRE A POUR MISSION DE MAINTENIR L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT EN VEILLANT À SON CONFORT	32
B.	<u>L'ATELIER D'ART-THÉRAPIE SE MET EN PLACE DANS L'ÉTABLISSEMENT EN PRENANT EN SOINS DES PERSONNES ÂGÉES SUR INDICATION DE L'ÉQUIPE MÉDICALE</u>	32
B.1	LES VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT CONCERNENT L'ACCUEIL, LE SOIN, L'ACCOMPAGNEMENT ET LES RELATIONS SOCIALES	32
B.2	LA MISE EN PLACE D'UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE A SUIVI UN TEMPS D'OBSERVATION, DE PRÉSENTATION AU PERSONNEL ET DE RENCONTRE DES RÉSIDENTS	33
B.2.1	L'ART-THÉRAPIE, NOUVELLE DISCIPLINE DANS L'ÉTABLISSEMENT, EST PRÉSENTÉE À L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET AUX PATIENTS	33
B.2.2	L'ATELIER D'ART-THÉRAPIE MARQUE UN CADRE SPATIO-TEMPOREL SPÉCIFIQUE	33
B.3	LA PRISE EN SOINS DES PATIENTS PERMET LA MISE EN PLACE DES OUTILS SPÉCIFIQUES À L'ART-THÉRAPIE	34
B.3.1	AU REGARD DE L'OPÉRATION ARTISTIQUE UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EST ÉLABORÉE	34
B.3.2	L'ÉVALUATION EST UN ÉLÉMENT INCONTOURNABLE DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE	34
C.	<u>DEUX ÉTUDES DE CAS ONT ÉTÉ CHOISIES POUR PRÉSENTER DES RÉSULTATS DIFFÉRENTS DES SÉANCES D'ART-THÉRAPIE</u>	35

C.1	MONSIEUR G. BÉNÉFICIE DE 14 SÉANCES INDIVIDUELLES D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES	35
C.1.1	L'ANAMNÈSE DE MONSIEUR G. RÉVÈLE UNE APATHIE ET UN MANQUE D'IMPLICATION DANS SON LIEU DE VIE	35
C.1.2	UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EST ÉTABLIE AFIN DE LUI PERMETTRE DE S'ENGAGER DANS UNE ACTIVITÉ ARTISTIQUE ET DE LUI DONNER CONFIANCE EN LUI	36
C.1.3	LA DESCRIPTION DES 14 SÉANCES INDIVIDUELLES DÉMONTRE UN ENGAGEMENT TOUJOURS PLUS IMPORTANT DANS L'ACTIVITÉ ARTISTIQUE	36
C.1.4	AFIN D'ÉVALUER LES PROGRÈS DE MONSIEUR G., LES ITEMS D'OBSERVATION CONCERNANT SON ENGAGEMENT DANS L'ACTIVITÉ, SA CONCENTRATION, SON PLAISIR DANS L'ACTION ET SON AFFIRMATION DE CHOIX SONT PRÉSENTÉS GRAPHIQUEMENT	38
C.1.5	UN BILAN POSITIF DE PRISE EN SOINS DE MONSIEUR G. EST PRÉSENTÉ À L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	40
C.2	MADAME M. BÉNÉFICIE DE 12 SÉANCES D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES	40
C.2.1	L'ANAMNÈSE DE MADAME M. SOULIGNE UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI OCCASIONNÉE PAR UNE MALADIE DE PARKINSON	40
C.2.2	UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EXPLOITANT ARTS PLASTIQUES ET POÉSIE EST MISE EN PLACE AFIN DE RESTAURER L'ESTIME DE SOI DE MADAME M.	41
C.2.3	CHACUNE DES 12 SÉANCES DE MADAME M. SE DÉROULE DIFFÉREMMENT ET DEMANDE UNE ADAPTATION À L'HUMEUR DU MOMENT.	42
C.2.4	LES SÉANCES DONNENT LIEU À DES ÉVALUATIONS PRÉSENTÉES GRAPHIQUEMENT	44
C.2.5	UN BILAN MITIGÉ DE LA PRISE EN SOINS DE MADAME M. EST PRÉSENTÉ À L'ÉQUIPE SOIGNANTE	45

PARTIE III : L'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES DE PERSONNES AGEES INSTITUTIONNALISEES, PAR L'IMPLICATION DU CORPS ET DE L'ESPRIT, PEUT CHANGER LEUR PERCEPTION NEGATIVE DE LA REALITE, ET PAR LA RELATION, REpondre A LEUR BESOIN SPIRITUEL

A.	<u>L'ENTRAÎNEMENT DE L'ESPRIT EN CRÉANT DE NOUVELLES STRUCTURES NEURONALES AUGMENTE LE SIÈGE DES ÉMOTIONS POSITIVES ET INFLUE SUR LA PERCEPTION DE LA RÉALITÉ</u>	48
A.1	LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE EST UN ENTRAÎNEMENT MENTAL QUI DEMANDE UNE PLEINE ATTENTION À L'INSTANT PRÉSENT PAR LA CONTEMPLATION	49
A.1.1	LA MÉDITATION PREND EN COMPTE L'ASPECT GLOBAL DE LA PERSONNE DANS SES SENSATIONS ET SES PERCEPTIONS	49
A.1.2	LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE S'APPUIE SUR LA CONTEMPLATION DE L'EXPÉRIENCE SPATIO-TEMPORELLE	49
A.1.3	LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE S'APPUIE SUR LE NON-JUGEMENT ET LE DÉTACHEMENT DES ÉMOTIONS ET DES PENSÉES	49
A.1.4	LA MÉDITATION RÉPOND AUX BESOINS SPIRITUELS DE LA PERSONNE ÂGÉE	50
A.2	LES NEUROSCIENCES ÉTUDIENT LES EFFETS DE LA MÉDITATION SUR LE CERVEAU DE MOINES BOUDDHISTES ET DÉMONTRENT QU'ELLE AIDE AU DÉCONDITIONNEMENT DE CERTAINS AUTOMATISMES PSYCHIQUE ET AGIT SUR L'INTERPRÉTATION DE STIMULI PERCEPTUELS EN AUGMENTANT LE CORTEX PRÉFRONTAL GAUCHE, SIÈGE DES ÉMOTIONS POSITIVES	50
A.3	LA MÉDITATION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTENT QUELQUES LIMITES	52
B	<u>L'ART-THERAPIE À DOMINANTES ARTS PLASTIQUES SUSCITE UN PLAISIR ESTHÉTIQUE DANS LA CONTEMPLATION ET PAR L'ACTIVITÉ ARTISTIQUE, INFLUE SUR LA COMPOSANTE ÉMOTIONNELLE ET COGNITIVE DU BIEN-ÊTRE ET CHANGE LA PERCEPTION DE LA RÉALITÉ</u>	52
B.1	L'ART-THERAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES UTILISE LA CONTEMPLATION ET LES	

EFFETS ÉDUCATIFS DE L'ART POUR PORTER L'ATTENTION DE LA PERSONNE ÂGÉE SUR LA BEAUTÉ ET LE PLAISIR ESTHÉTIQUE	52
B.1.1 LA CONTEMPLATION D'ŒUVRES D'ART SUSCITE UNE ÉMOTION ESTHÉTIQUE ET APAISE LA PENSÉE	52
B.1.2 LA CONTEMPLATION ESTHÉTIQUE INCITE AU DÉTACHEMENT ET INVITE À ÊTRE PRÉSENT	53
B.1.3 LA CONTEMPLATION D'ŒUVRES D'ART TRANSFORME LA CONSCIENCE DE LA RÉALITÉ	53
B.2 L'IMPLICATION DU CORPS EN ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES SUSCITE DES GRATIFICATIONS SENSORIELLES ET A DES EFFETS SUR LES STRUCTURES NEURONALES AU TRAVERS DE L'ACTIVITÉ	54
B.2.1 L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES IMPLIQUE LE CORPS ET L'ESPRIT DANS UNE « EXPÉRIENCE OPTIMALE » AU TRAVERS DU PLAISIR ESTHÉTIQUE DANS UN CADRE SÉCURISÉ	54
B.2.2 LE MOUVEMENT DU CORPS AGIT SUR LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS COGNITIVES EN CRÉANT DE NOUVELLES CONNEXIONS NEURONALES	56
B.3 L'ART-THÉRAPIE RÉPOND AUX BESOINS EXISTENTIELS ET RELATIONNELS DE LA PERSONNE ÂGÉE	56
B.3.1 L'ACTIVITÉ ARTISTIQUE S'APPUIE SUR LES MÉCANISMES DE L'EXPRESSION ET PERMET UNE COMMUNICATION HORS VERBALE.	56
B.3.2 L'ART-THÉRAPIE S'APPUIE SUR DES RESSENTIS ET SUR UNE RELATION, PERMETTANT UNE COMMUNICATION NON VERBALE	57
B.4 L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PRÉSENTENT DES LIMITES DANS LA RELATION ET DANS LE CHOIX DE LA DOMINANTE	57
B.4.1 LA RELATION AVEC LA PERSONNE ÂGÉE NÉCESSITE UN SAVOIR-ÊTRE ET SES EXIGENCES PEUVENT REPRÉSENTER UNE LIMITE DANS LA PRISE EN SOINS EN ART-THÉRAPIE	57
B.4.2. DES DOMINANTES DANSE OU THÉÂTRE PERMETTENT UNE MEILLEURE IMPLICATION DU CORPS DANS L'EXPÉRIENCE OPTIMALE	58
<u>C. UN TABLEAU DE SYNTHÈSE COMPARATIF REPREND LES POINTS COMMUNS ET DIVERGENTS DES APPLICATIONS ET DES EFFETS DE L'ART-THÉRAPIE ET DE LA MÉDITATION.</u>	58
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61
ANNEXES	65

GLOSSAIRE

- Activité physique** : mouvement d'un segment corporel qui dépense de l'énergie pour son exécution. Différente de l'exercice physique, qui est un type d'activité physique systématisée, avec des buts définis et qui se sert des connaissances techniques spécifiques de la science du mouvement pour y aboutir. ^F
- Autonomie**: (du grec *autonomos*, qui se régit par ses propres lois) qui s'administre lui-même ; qui se détermine selon des règles librement choisis ^A
- Bonheur**: état de la conscience, pleinement satisfaite (béatitude, bien-être, plaisir, contentement, joie, satisfaction...) ^A
- Catharsis** : selon Aristote « l'effet de purification des passions » produit sur les spectateurs lors d'une représentation dramatique ^A
- 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. ^A
- Conscience**: (du latin *conscientia*, formé de *cum* qui signifie « avec », et de *scientia* pour « science »). Faculté qu'a l'homme de connaître sa propre réalité et de la juger ^A
- Cortex orbitofrontal** : une région du cortex cérébral qui entre en jeu dans le processus de décision. Il est situé en position antérieure et sur la face inférieure du cortex préfrontal. ^I
- Dépendance**: incapacité totale ou partielle à réaliser seul les actes de la vie quotidienne.
- Emotion** : état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques ; sensations considérée d'un point de vue affectif ^A
- Gastrotomie** : création d'une ouverture dans la paroi de l'estomac, communiquant avec l'extérieur à travers les téguments (tissu qui recouvre un organisme) ^B
- Génétique** : science qui traite de l'hérédité et de l'ensemble des phénomènes relatifs à la descendance ; adjectif : qui concerne la reproduction ou ce qui est déterminé par les gènes. ^B
- Gériatrie** (gérontologie clinique) : spécialité médicale qui traite des maladies des sujets âgés. C'est Isaac Nasher qui, aux États unis, a employé le premier le terme de Gériatrie en 1909. ^E
- Gérontologie** : étude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains, sur tous les plans (biologique, psychologique et social) et à tous les niveaux de complexité. ^E
- Haptique**: (du grec *haptain*, toucher) concerne le sens du toucher et les perceptions tactiles ^A
- Homéostasie**: tendance de l'organisme à maintenir constantes les conditions physiologiques, notamment en ce qui concerne le milieu intérieur. ^B
- Neurotransmetteur**: substance chimique (appelée également neuromédiateur), fabriquée par l'organisme et permettant aux cellules nerveuses (neurones) de transmettre l'influx nerveux (message), entre elles ou entre un neurone et une autre variété de cellules de l'organisme (muscles, glandes). ^B
- Nosocomiale**: se dit d'une infection contractée au cours d'une prise en charge. ^B
- Ondes Cérébrales**: L'activité électrique du cerveau produit une oscillation électromagnétique mesurable grâce à l'électro-encéphalogramme (EEG). Ces ondes ont une très faible amplitude, une fréquence très courte (quelques hertz), et une faible puissance (quelques microvolts). ^H
- Perception** : prise de conscience sensorielle d'objets ou d'événements extérieurs qui ont donné naissance à des sensations plus ou moins nombreuses et complexes. ^C
- Proprioceptif** : qui se rapporte à la sensibilité du système nerveux aux informations venant des muscles, os et les articulations. ^I
- Se transcender**: dépasser, aller au-delà des possibilités apparentes de sa propre nature. **Transcendance** : par rapport au monde et aux consciences ^B
- Sensation** : (latin *sensatio*, compréhension) Phénomène psychophysiologique par lequel une stimulation externe ou interne a un effet modificateur spécifique sur l'être vivant et conscient. ^A
- Sensibilité**: (latin *sensibilitas*) ensemble des propriétés que l'organisme, et plus précisément certaines zones du système nerveux central, pour prendre conscience des impressions. ^A
- Sentiment** : état affectif complexe, assez stable et durable, lié à des représentations. ^B
- Vacuité**: (du latin *vacuitas*, *vacuus*, vide) état de ce qui est vide ^A
- Spirituel** : (du latin *spiritus*, qui signifie proprement « souffle, respiration », cet élément qui fait de l'homme un être animé (c'est-à-dire littéralement possédant une âme). La matière (en particulier le corps) est le réceptacle du spirituel, sa demeure. ^D
- Spiritualité** : aspiration vers la transcendance en vue d'intégrer les différentes facettes de l'expérience humaine dans un tout cohérent et d'actualiser toutes les potentialités de croissance. ^G
- Vieillesse**: ensemble des modifications produites par le temps chez l'être vivant. ^B

*Les mots du glossaire sont indiqués par un * dans le texte et référencés dans la bibliographie*

INTRODUCTION

En Occident, les progrès combinés de la médecine, de la technologie, de l'hygiène et des conditions de vie ont contribué à une élévation considérable de l'espérance de vie, mais les années gagnées sur la mort s'avèrent parfois être des années de dépendance*. En regard des valeurs privilégiées par la société (jeunesse, beauté, autonomie*, productivité, performance), cette période de déclin apparaît souvent vide de sens et peu attrayante. Elle peut aussi bien constituer un moment de baisse définitive de l'estime de soi, tout comme elle peut être une nouvelle occasion de découverte de son propre potentiel et devenir ainsi un nouveau moment propice à l'émergence de l'estime de soi. De plus, au moment où la personne peut s'adonner à autre chose qu'aux activités liées au travail, à l'éducation des enfants, etc., elle peut se découvrir d'autres talents dont elle ignorait même l'existence jusque là. Ce sont là autant d'occasions de continuer de se valoriser. Pour Montaigne,¹ c'est la vieillesse*, et non la jeunesse, qui est l'âge de la vraie vie : dont on sait, parce qu'elle est finie précisément, à quel point elle est précieuse. Elle est d'autant plus précieuse que la vieillesse est aussi l'âge où nous sommes sollicités par notre corps, appelés à une proximité plus étroite et plus intime avec lui. La dépendance de l'esprit à l'égard des états du corps est la condition permanente de la vieillesse. Montaigne conseille de choisir une occupation qui ne soit « ni pénible ni ennuyeuse » et qui peut varier selon le « goût particulier d'un chacun ». Sénèque use de cette belle formule en comparant la vie à une pièce de théâtre : ce qui compte ce n'est pas qu'elle dure longtemps mais qu'elle soit bien jouée². «...vivre longtemps, c'est le destin qui décide. Vivre pleinement, c'est ton âme³».

Ce travail présente une expérience de prise en soins en art-thérapie à dominante arts plastiques réalisée auprès de personnes âgées dépendantes vivant en institution. La rencontre de ce public a révélé une souffrance résultante des circonstances de la vie (la perte des proches, l'institutionnalisation, diminution du réseau social, stéréotypes de la société...) et de la mauvaise santé objective, mais aussi de la personnalité et de l'interprétation de la personne de sa situation et de son vieillissement*. Ces critères objectifs et subjectifs interagissent et fragilisent l'identité et l'estime de soi des personnes pouvant, par là même, engendrer des symptômes dépressifs. Si, comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁴, le bien-être est un ressenti c'est donc aussi une évaluation subjective personnelle. Elle semble intégrer deux composantes : une composante émotionnelle qui renvoie aux réactions émotionnelles et aux affects positifs et négatifs engrangés lors d'événements au cours de la vie et une composante cognitive qui renvoie au jugement global que la personne porte sur sa vie et sur son sens. Enfin la manière douloureuse et apparemment absurde d'aborder la phase ultime de la vie a soulevé la question de la motivation à vivre et a dévoilé un besoin relationnel primordial.

Nous avons débuté l'élaboration de ce mémoire par une recherche au travers de la littérature philosophique et scientifique sur cette motivation à vivre. Nous avons choisi d'appuyer notre présentation sur le concept du « conatus », concept fondamental de l'Éthique de Spinoza, où pour persévérer dans son être et accroître sa puissance, l'être humain recherche le bonheur*. Nous avons enrichi cette présentation de la réflexion d'autres philosophes, confortées par les dernières découvertes des neurosciences en montrant comment cette recherche du bonheur chez l'être humain est le cheminement vers la compréhension du monde et de lui-même, en impliquant son corps et son esprit mais aussi dans son interaction avec la communauté des hommes. Les

¹ Montaigne, œuvres complètes, Editions du Seuil, Paris, 1967. Essais I, 39. p112-4

² Sénèque. (2001). *Apprendre à vivre. Lettres à Lucillus*. Arléa. Lettre LXI p189

³ Sénèque. (2001). *Apprendre à vivre. Lettres à Lucillus*. Arléa. Lettre XXII p67

⁴ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

différents points de ce cheminement ont permis de conforter la place unique de l'Art dans la vie des hommes, celle du plaisir esthétique dans la recherche du bonheur, et des pouvoirs révélateur, éducatif, d'entraînement et relationnel de l'Art dans la perception* du monde, l'action, l'expression, la communication et la relation. Ces différents points ont également pu être reliés aux mécanismes de l'opération artistique en corrélation avec son propre cheminement et ont permis d'approfondir les concepts fondamentaux de la théorie de l'art opératoire enseignés par Richard Forestier dans l'utilisation thérapeutique et humanitaire de l'Art et de ses effets, et du processus de création artistique.

Ainsi partant du postulat que la recherche du bonheur est le moteur de l'existence humaine, nous montrerons comment, dans cette orientation, les sensations et actions de l'être humain interagissent étroitement pour devenir ses perceptions du monde et comment elles s'organisent peu à peu pour construire les représentations intérieures qu'il se fait de lui-même et de ce monde. Le corps, notamment par ses émotions*, joue un rôle important dans l'appréhension et la perception, le comportement social et la communication au sein de la communauté. Or ce corps subit avec le temps des modifications physiques, cognitives* et sociales qui nécessitent 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 nuire à son équilibre et nécessiter l'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Elles entraînent une altération de la qualité de vie et du bien-être, une perception négative de la vie, et une souffrance psychologique et sociale. Derrière cette souffrance se cache également une souffrance existentielle et relationnelle révélée par l'approche de la mort. L'art-thérapie, en tant qu'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique, est une discipline originale et complémentaire à l'équipe pluridisciplinaire et peut être intégrée aux prises en soins proposées en établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes. En effet, cette discipline en utilisant les pouvoirs de l'Art de manière rigoureuse et scientifique, accompagne la personne dans un processus de reconquête de l'estime de soi et de son statut de sujet. Elle y favorise l'expression, la communication et la relation et peut améliorer sa qualité existentielle. Deux études de cas seront détaillées relatant l'utilisation des techniques d'art-thérapie dans la prise en soin globale de personnes âgées et les effets de l'activité artistique au regard de leur état de base ainsi que les exigences de la discipline. Enfin, le cerveau central dans la relation corps-esprit, se révèle doué d'une certaine souplesse lui permettant d'adapter sa physiologie à mieux gérer le corps selon un entraînement approprié. Partant des découvertes des neurosciences sur les pratiques d'entraînement de l'esprit et leur action sur certaines fonctions du cerveau qui permettraient à l'être humain de développer des mécanismes pour agir positivement sur son corps, nous établirons, en 3^{ème} partie, l'hypothèse que l'art-thérapie dans l'implication du corps et de l'esprit dans l'activité physique peut influencer sur la perception négative du monde à l'origine de la souffrance des personnes âgées et pourrait bénéficier des mêmes recherches en neurosciences que la méditation dans ses effets sur la qualité de vie mais aussi sur sa réponse au besoin relationnel de la personne en fin de vie.

A. Le vieillissement de l'être humain est un processus normal qui peut devenir souffrance

A.1 L'être humain, dans l'interaction de son corps, de son esprit et de son environnement, recherche le bonheur

A.1.1 Le bonheur nécessite à l'être humain une conscience de soi par la contemplation et dans l'action

Spinoza nomme *conatus* cet effort, cette motivation, pour conserver et même augmenter, sa puissance d'être. « Chaque chose, autant qu'il est en elle, s'efforce de persévérer dans son être »⁵ Le *conatus* est le fondement de l'existence humaine. Il doit nous permettre de réaliser notre nature même et nous permettre la joie, joie qui résulte de la réalisation de notre nature permise par la connaissance de cette nature. « L'effort par lequel toute chose tend à persévérer dans son être n'est rien de plus que l'essence actuelle de cette chose. »

Si le *conatus* est commun à chaque individu, il se réalise de manière propre à chacun. Il nécessite une conscience* de soi dans une activité théorique et une activité pratique, une réalisation, dans l'interaction de son corps et de son esprit

Spinoza nous explique dans son *Ethique*, que l'homme dans la recherche du bonheur, doit être conçu dans la nature, dans sa totalité, corps et esprit. Le corps est le point d'insertion de l'homme dans la nature comme élément de la nature en tant que matière et contenu de l'esprit, le contenu sans lequel il n'y aurait pas d'esprit. De même pour Hegel dans l'*Esthétique*⁶, bien qu'existant comme tous les êtres vivants selon un mode naturel, l'homme, en tant qu'être conscient, occupe une place particulière dans la nature. Par la conscience, l'homme sait qu'il existe, il se perçoit donc comme une unité distincte et séparée de tout ce qui l'entoure, il existe "pour soi", il n'est plus enfermé dans un mode d'existence unique et limité, comme l'animal qui est totalement soumis à ses instincts et ne peut sortir du sillon tracé pour lui par la nature. A l'opposé l'homme parvient à la vie spirituelle par cette saisie de soi par la pensée que constitue pour lui la conscience. Erich Fromm⁷ a également identifié les deux conditions de l'existence humaine comme étant le corps et l'esprit. Par son corps, l'être humain est lié à la nature et au règne animal. Il éprouve des besoins instinctuels au même titre que les animaux mais à un niveau peu élevé grâce au développement prodigieux de son cerveau qui a fait de lui un être doué de raison et d'imagination. Ainsi, il est conscient de son existence. La conscience constitue l'une des conditions propres à l'existence humaine. Dans sa *Phénoménologie de la perception*⁸, Merleau Ponty montre le rôle que joue notre corps dans notre appréhension du monde et la formation de nos pensées. Corps et esprit sont donc en une relation qui constitue notre être au monde en tant que sujet humain. Le "corps vécu" est le vécu de lui-même, du monde et des choses et des situations. Le "corps vécu" est le "corps connaissant" ayant pour aptitudes de se connaître lui-même et de connaître tout ce qui est connaissable.

D'après Damasio⁹, chercheur en neurosciences, la représentation de l'objet externe et celle de soi constituent deux aspects intiment liés l'un à l'autre. Premièrement, il s'agit des opérations du cerveau en vue d'engendrer le savoir ou la connaissance. Pris dans le sens neurologique, il s'agit de configurations mentales formant les images d'un objet extérieur sous la forme de diverses modalités sensorielles, l'ouïe, l'odorat, la vue, le toucher, etc. Deuxièmement, il s'agit d'un sentiment même de soi qui met en image l'état corporel du sujet percevant dans cet acte de percevoir le monde. Ce sentiment même de soi est à la fois l'image du corps perçu introspectivement sous forme de sensations corporelles et la représentation somatique de soi

⁵ Spinoza, B. (1677). *L'Ethique*. (T. F. 1849, Trad.). Éthique III, Proposition VI, p88-9

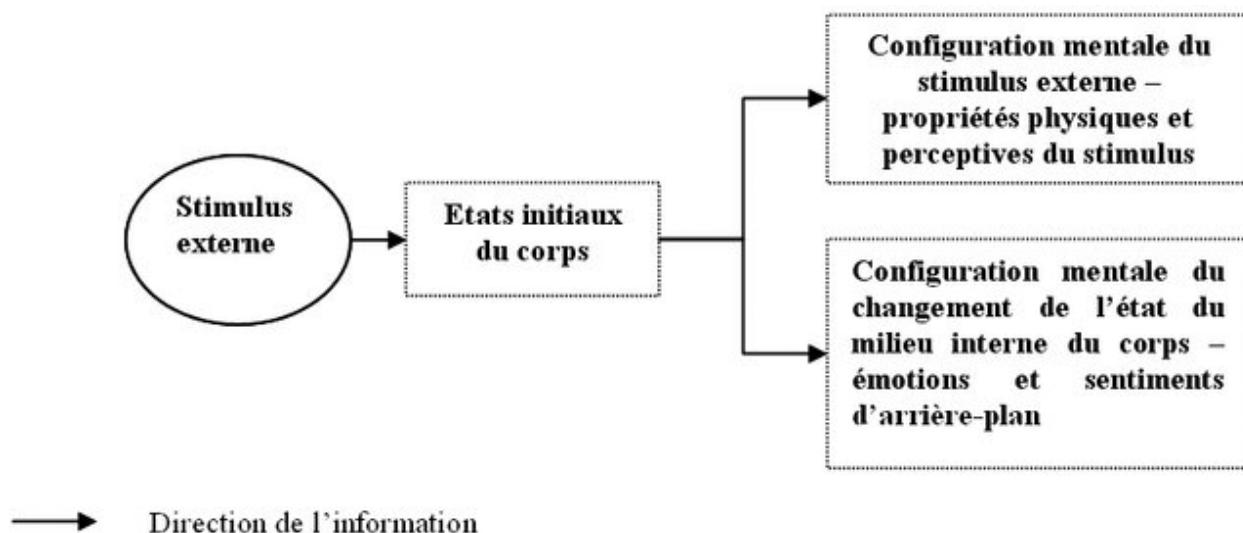
⁶ Hegel. (1835). *Esthétique*. (S. Jankélévitch, Trad.) PUF 1953. pp21-22

⁷ Fromm, E. (1978). *Avoir ou être?* (C. Réponses, Éd.) Editions Robert Laffont. PP33, 131

⁸ Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard. PP80, 240-1

⁹ Damasio, A. R. (2003). *Spinoza avait Raison*. (J.-L. Fidel, Trad.) Paris: Odile Jacob.

percevant sur laquelle émergeront toutes formes de manifestations émotionnelles



Spinoza nous dit encore qu'une passion joyeuse, comme une rencontre heureuse avec une chose ou un être, va inciter à renouveler ce sentiment heureux, et va, par conséquent, avoir un rôle moteur chez l'individu : il devient dynamique, c'est la manifestation du conatus. Il va à présent rechercher des situations heureuses pour renouveler ce sentiment de puissance et en même temps, l'accroître. Dans sa recherche du bonheur l'homme a donc besoin d'une activité dans la réalisation de sa nature et l'épanouissement de celle-ci

Pour Hegel, l'homme prend également conscience de lui-même en agissant dans le monde ce qui implique une modification du milieu ou des êtres extérieurs à soi. Il transforme la nature par le travail, il se transforme lui-même par l'éducation, il transforme les institutions par l'action politique. Qu'il s'agisse du travail, de l'art, de l'action politique ou autre, toute l'activité pratique des hommes peut être interprétée comme l'œuvre d'une liberté s'efforçant d'inscrire l'intériorité dans l'extériorité. L'homme se donne ainsi une image extérieure de ce qu'il est intérieurement et cette médiation est nécessaire à la prise de conscience de soi. Dans l'œuvre, « il se contemple lui-même et peut s'approprier sa propre essence ». Bergson dans *L'Energie Spirituelle*¹⁰ voit « dans l'évolution entière de la vie sur notre planète une traversée de la matière par la conscience créatrice, un effort pour libérer, à force d'ingéniosité et d'invention, quelque chose qui reste emprisonné chez l'animal et qui ne se dégage définitivement que chez l'homme ». L'hypothèse de Bergson, proche de celle de Spinoza, est que la vie est entraînée par un élan irrésistible qui cherche à se libérer des entraves de la matière. Le triomphe de la vie culmine dans la création. La joie, plus spirituelle que le plaisir, accompagne toute victoire de la vie. Partout où il y a de la joie, il y a de la création, affirme Bergson "la création de soi par soi, l'agrandissement de notre personnalité". La joie de se créer soi-même, d'être responsable de ce que l'on est, de jouir de l'exercice de sa liberté, de donner le sens que l'on veut à sa vie, de sculpter sa vie.

Pour Emmanuel Mounier, la vie de l'esprit ne doit, sous aucun prétexte, être coupée de la vie du corps. « L'homme, écrit-il, est corps au même titre qu'il est esprit, tout entier 'corps' et tout entier 'esprit'. »¹¹ L'homme doit découvrir sa vocation qui est le principe de vie qui le singularise comme personne et qui fait de lui un être appelé à faire œuvre de témoignage dans le monde. Pour trouver sa vocation, il doit méditer et se recueillir, c'est l'activité théorique vu plus haut ; mais pour actualiser son incarnation dans le monde, il doit s'engager. Cet engagement doit s'affirmer et s'insérer d'une manière concrète, entière et responsable, dans la réalité quotidienne. L'expérience de la communauté devient alors essentielle.

Henri Laborit, chirurgien, neurobiologiste et philosophe, voit cette motivation des êtres vivants dans le maintien de leur structure organique. Sa théorie générale est que l'organisme réagit à

¹⁰ Bergson. (1967). *L'énergie Spirituelle*. Paris: P.U.F. P18

¹¹ Mounier, E. (1949). *Le personnalisme*. Paris: PUF coll. que sais je? 2007. PP33-34

l'agression en inhibant le fonctionnement de certains organes et en en surexcitant d'autres. Cette réaction de l'organisme serait commandée par des mécanismes innés des systèmes nerveux et endocriniens. Laborit a constaté que l'organisme réagit de la même manière à l'agression, qu'elle soit réelle ou imaginaire. Tous nos comportements sont donc orientés de façon innée ou acquise par la recherche de l'action. Dès sa présence dans l'utérus de la mère et tout au long de la vie, l'être humain agit pour satisfaire ses besoins fondamentaux. Les objets qui entourent l'être humain prennent leur sens selon le rôle qu'ils jouent dans cette recherche de satisfaction : ceux qui sont gratifiants seront aimés et ceux qui empêchent la satisfaction seront haïs.

Cette recherche du bonheur commune à chaque être humain, dans la conscience de sa nature personnelle et unique, des activités nécessaires à sa réalisation et à son épanouissement, donne un sens, une direction à une manière personnelle d'être au monde et de percevoir la vie. Elle façonne l'apprentissage singulier de chaque être humain.

A.1.2 La réalité sensorielle et cognitive est en permanence colorée par l'état émotionnel, et par la qualité émotionnelle des informations qui atteignent le cerveau.

Les émotions sont d'importants indicateurs dans cette recherche du bonheur. Spinoza les nomme affects¹². Tout « facteur » qui viendrait augmenter notre puissance d'exister, et donc favoriser notre conatus, provoquerait inévitablement en nous un affect de joie. Inversement, tout facteur réduisant notre puissance d'exister provoquerait inmanquablement de la tristesse. Les affects sont les affections du corps (changements) et simultanément la conscience de ces affections. Ils sont donc à la fois un événement du corps et de l'esprit. Les affects adéquats sont sources de joie et expriment notre véritable nature et révèlent autant, voire davantage, la nature de notre corps que la nature de la chose qui l'affecte. « Chacun a le pouvoir de se comprendre lui-même et de comprendre ses affects d'une façon claire et distincte sinon totalement, du moins en partie, et il a par conséquent le pouvoir de faire en sorte qu'il ait moins à les subir »¹³. Privés de nos émotions, nous perdons nos repères les plus fondamentaux de notre personnalité et devenons dans l'incapacité de choisir. Choisir ce qui nous importe vraiment, choisir ce qui nous fait plaisir ou choisir avec une juste sensibilité pour soi et pour les autres. Dépourvu d'émotion, l'individu se trouve amputé de sa motivation. Ce que traduit très bien Ben-Chahar¹⁴ dans la formule suivante : « S'émouvoir, c'est se mouvoir. L'émotion entraîne la motivation... Les émotions nous éloignent de l'état de non- désir en nous donnant une motivation pour agir. » L'émotion est un mouvement. Emotion est né du latin « emovere », qui signifie : Se mouvoir. Pour certains psychologues comme Branden¹⁵, le plaisir pour l'individu ne serait pas un luxe mais un besoin psychologique essentiel, notamment dans la construction et le maintien de l'estime de soi. Pour ces psychologues, les émotions qui s'expérimentent dans le corps et dans le moment présent constituent de précieux indicateurs pour l'individu. Déjà pour A. Maslow¹⁶, le bien-être passait nécessairement par le courage d'un regard et d'une écoute de soi et de ses émotions.

Le monde dans lequel nous vivons est tellement riche qu'il serait impossible de traiter toutes les informations qu'il contient. Ainsi, l'évolution a permis de faire en sorte que les systèmes perceptifs puissent effectuer des tris et des sélections qui dépendent de nos besoins, de nos désirs et de nos objectifs. Pour les neurosciences, l'émotion de tristesse ou de joie est constituée par la perception de certains états corporels juxtaposée à l'image de l'objet perçu, à certaines pensées ou à la représentation des événements inducteurs de l'émotion. Les émotions participent dans la détermination de la pertinence du stimulus visuel et ont évolué de façon à pouvoir évaluer les stimuli et à mener le comportement vers les stimuli bénéfiques ou à éviter les stimuli néfastes.

¹² Gilles Deleuze (1981) précise comment les premières traductions de l'Éthique de Spinoza (1677) ont fondu les termes affectio et affectus sous le même terme « d'affection ». Or, l'affection renverrait à l'affection d'un corps par un autre tandis que l'affectus renverrait à l'image dans l'esprit de cette même affection, bref à l'affect. joie et tristesse.

¹³ Spinoza, B. (1677). *L'Éthique*. (T. F. 1849, Trad.). Éthique V Proposition IV, scolie, p202-3

¹⁴ Ben-Shahar, T. (2007). *L'apprentissage du bonheur: principes, préceptes et rituels pour être heureux*. Belfond. p74

¹⁵ Branden, N. (1998). *Self Esteem at work*. San Francisco: Jossey-Bass. p160

¹⁶ Maslow, A. (1971). *Être Humain: la nature humaine et sa plénitude*. Paris: Eyrolles.

Elles jouent un rôle actif dans la cognition*, dans la mémorisation et dans la prise de décision, en préparant l'organisme à l'action et en réduisant la complexité des problèmes rencontrés. Pour Ferdinand Alquié¹⁷, une conscience est enracinée dans l'affectivité, distincte à la conscience intellectuelle. Seule l'affectivité peut donner au sujet pensant cette certitude de la conscience en tant qu'être personnel, propre à lui-même. Les études de neuroimagerie fonctionnelle ont mis en évidence des activations du cortex visuel plus importantes en réponse aux stimuli émotionnels qu'aux stimuli neutres¹⁸.

Qu'elle soit nommée recherche du bonheur ou de l'action gratifiante, il existe en chacun de nous une motivation à bien vivre qui conditionne notre appréhension de la vie et notre apprentissage personnel par la perception du monde et de sa réalité

A.1.3 L'esprit par le biais des perceptions et des sensations fait l'expérience du monde et le traduit sous forme de bien-être ou de souffrance

L'être humain reçoit des informations du monde extérieur par l'intermédiaire de son corps et de ses sens. La conscience se projette dans la sensation* pour l'élaborer en perception. La perception est justement ce phénomène de conscience qui par l'intermédiaire de nos sens nous met en relation avec le monde extérieur. Chaque expérience est ensuite comparée avec la mémoire où est stockée l'apprentissage et se forge la personnalité modelée par l'éducation, la culture, les idées, les croyances, transmises dans son enfance lors de sa structuration mentale et les expériences antérieures. La perception est au service de l'action et la relation entre perception et action est à l'origine des fonctions cognitives les plus complexes du cerveau. Il semble exister trois niveaux d'organisation de l'action du système nerveux:

Le premier, le plus primitif, à la suite d'une stimulation interne et/ou externe, organise l'action de façon automatique, incapable d'adaptation. Il gère le bien être psychologique (les émotions) et une grande partie des fonctions autonomes du corps. Il est responsable de cette fameuse relation corps-esprit inconsciente.

Le second organise l'action en prenant en compte de l'expérience antérieure, grâce à la mémoire que l'on conserve de la qualité, agréable ou désagréable, utile ou nuisible, de la sensation qui en est résulte.

Le troisième niveau est lié à la construction imaginaire anticipatrice du résultat de l'action et de la stratégie à mettre en œuvre pour assurer l'action gratifiante ou celle qui évitera le stimulus nociceptif*. Le cerveau cognitif ou néocortex chez l'homme, notamment dans la partie frontale, le « cortex pré-frontal », est particulièrement développé. C'est par l'intermédiaire du cortex pré-frontal que le néocortex prend en charge l'attention, la concentration, l'inhibition des impulsions et des instincts, l'ordonnancement des relations sociales et le comportement moral¹⁹.

Le système nerveux est organisé comme un vaste réseau de cellules, noyaux, fibres, neurotransmetteurs*, récepteurs, s'interagissant, s'influencent mutuellement, véhiculant des informations. Lorsque les différentes disciplines médicales telles que neuro-psychologues, immunologues et endocrinologues ont rassemblé le résultat de leur recherche dans les années 80, ils ont découvert qu'il existait un lien chimique entre l'activité du cerveau et les processus physiologiques du corps et donc l'homéostasie.*

Le bien être dépendrait de trois composantes interconnectées qui s'influencent les unes les autres:

* La sphère physique: muscles, os, vaisseaux sanguins, nerfs, organes...

* La sphère chimique: hormones, enzymes, neuro- transmetteurs...

* La sphère psychique: pensées, émotions, relation

Aux Etats-Unis, le Dr Candace Pert²⁰ a découvert que les émotions déclenchent la production de médiateurs chimiques appelés neuro-peptides atteignant toutes les parties du corps et induisant des changements physiologiques perturbant ou favorisant l'homéostasie. Le Dr Pert suggère que les différents systèmes du corps sont en communication via ces neuro-peptides et s'influencent les

¹⁷ Alquié, F. (1979). *La conscience affective*. Paris: Vrin.

¹⁸ Zeki, S. (1999). *Inner Vision: an exploration of art and the brain*. Oxford University Press.

¹⁹ Damasio, A. (1994). *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. Paris: Odile Jacob. pp170-172

²⁰ Pert, D. C. (1999). *Molecules of Emotion: the science behind body-mind medicine*. New York: Simon & Schuster. pp24-30

uns les autres. Cette découverte essentielle valide le fait qu'une émotion seule peut influencer d'une manière physique et mesurable un système du corps en interconnexion avec le reste de l'organisme.

A.1.4 La perception est sous influence à la fois de la personnalité, de l'identité, de l'environnement social, culturel et de groupe.

Pour Kant dans l'Anthropologie du point de vue pragmatique²¹, le sentiment d'exister implique le corps et la perception de l'environnement. Et c'est « l'unité de la conscience dans tous les changements qui peuvent lui survenir » qui confère à un être une unité alors qu'il est en sans cesse en train de changer soumis à la loi du temps. A chaque instant de sa vie un sujet est présent à lui-même par la conscience. Or la conscience n'est pas seulement perception des états présents, elle est aussi mémoire. Pour Henri Laborit,²² la mémoire affective enregistre les expériences agréables et désagréables. Cette mémoire affective est transformée en langage. Cela rend possible l'accumulation d'une expérience personnelle transmissible. Il ne lui suffit pas de posséder la structure initiale du système nerveux, il faut encore que celle-ci soit façonnée par le contact avec les autres, et que ceux-ci, grâce à la mémoire que nous en gardons, pénètrent en nous et que leur humanité forme la nôtre.

Les êtres humains stockent les informations relatives au monde extérieur ou à eux-mêmes, interprètent ces informations, les modifient et les récupèrent dans des situations diverses.

Dans un mouvement ascendant le cerveau intègre au niveau cognitif ce que l'on perçoit de l'environnement par nos sens. Il intègre les informations sensorielles, coordonne les mouvements, facilite la pensée abstraite et le raisonnement. Dans un mouvement descendant, des éléments cognitifs colorent la perception. Une perception nouvelle va stimuler les perceptions déjà mémorisées. Le cerveau compare en permanence les nouvelles perceptions avec ce qu'il s'attend à trouver, à partir de ce qu'il connaît du monde. C'est cette comparaison permanente qui détermine ce qu'une personne appelle la "réalité".

Dans l'enfance, nous apprenons les comportements qu'il faut manifester pour obtenir de la part des parents et des adultes tout ce que nos besoins nous font désirer. Ce modèle d'apprentissage, qui constitue notre personnalité, se perpétuera dans tous les milieux où nous serons amenés à vivre et à chercher les moyens de satisfaire nos besoins fondamentaux. L'individu va ainsi se construire les bases de sa personnalité dès les premières années de sa vie. Cette construction va se faire et se poursuivre en fonction de son caractère, de ses appartenances sociales, de ses expériences et son éducation, puis aussi de sa volonté et son conatus vont lui faire vivre. « Le système nerveux est intégré dans un corps, qui est à son tour intégré dans l'environnement. Le système nerveux, le corps et l'environnement sont des systèmes dynamiques riches, compliqués et hautement structurés, qui sont interconnectés. C'est leur interaction qui met en œuvre le comportement adaptatif ».²³

L'individu voit le monde de façon unique et personnelle et sa perception interfère dans l'action qu'il entreprend. Il va se forger une attitude vis-à-vis de la situation, en fonction de sa personnalité et de la façon dont il perçoit cette situation.

Cette attitude repose sur trois composantes structurelles qui interfèrent :

- L'une, cognitive, renvoie aux perceptions, aux croyances, aux représentations d'un individu concernant des « objets » au sens large, qui peuvent comprendre aussi bien des situations que des personnes. Elle correspond à une expérience privée reposant sur un support neurobiologique.
- Une autre, affective, concerne les phénomènes socio-émotionnels éprouvés en réponse aux stimuli internes et externes. Par exemple, ils s'expriment par une attraction ou un rejet : « j'aime ou je n'aime pas ».
- Une dernière correspond à une intention d'agir, un signe avant-coureur de nos comportements, le moteur qui donne une direction aux actions menées, le conatus.

²¹ Kant. (1798). *Anthropologie du point de vue pragmatique*. (1. P. J.Vrin, Éd., & M. Foucault, Trad.) Livre Premier. De l'intelligence ou faculté de connaître. § I. De la conscience de soi-même.

²² Laborit, H. (1974). *Eloge de la fuite* (éd. Coll. Libertés 2000). Paris: Robert Laffont.

²³ Beer, H. J. (1997). The brain has a body. *Trends Neuroscience* (20), pp. 553-557.

A.1.5 La souffrance est une émotion négative et présente un caractère subjectif

Spinoza écrit que l'homme connaît la pression du besoin et la nécessité vitale de sa satisfaction. Seulement, parce qu'il est doté de conscience et capable de se représenter lui-même, l'homme n'est pas qu'un être de besoins, c'est aussi et peut-être surtout un être de désirs. Si sa non-satisfaction n'entraîne pas nécessairement la mort comme dans le besoin, il s'éprouve comme un manque. Or tout manque se traduit par une souffrance.

L'homme désire le bonheur et non la souffrance. Le bonheur est un état de bien-être, ce qui veut dire être bien dans l'Être. La souffrance est une sorte de contagion interne du mal dans l'Être, un mal-être. Or dans le processus perceptif que nous avons décrit, l'être souffrant dans sa totalité peut s'identifier à cette souffrance incapable de distinguer le soi et le soi souffrant. Si la recherche du bonheur est le but de la vie, la présence de la souffrance dans notre monde est intolérable si on ne lui trouve pas de sens ou d'utilité. La souffrance est décrite comme un affect ou une émotion négative, de base, qui présente un caractère subjectif de désagréable, d'aversion, de dommage ou de menace de dommage²⁴

A la douleur correspondent des explications médicales ; à la souffrance correspond une « perte de sens »²⁵ c'est-à-dire une « perte de soi, destitution du soi » Le sujet perd toute vigilance dans l'être, tout espoir pour soi et dans l'autre, toute liberté.

Les choses qui font mal sont multiples, mais nous souffrons toujours de la même chose, de notre souffrance qui devient notre réalité de sujet. Demander à quelqu'un de quoi il souffre l'engage à parler de sa vie telle qu'il la supporte, dans son corps et dans son esprit. Le plaisir est souvent anticipé dans la représentation sous la forme de l'attente, de l'espérance ou rappelé sous la forme du souvenir d'une jouissance passée. Plaisirs et douleurs peuvent donc être imaginaires. Un individu peut souffrir psychiquement alors qu'il est en bonne santé corporelle ou se réjouir alors que son corps est à l'agonie. Tout cela montre que le plaisir et la douleur ne sont pas de simples mécanismes biologiques, susceptibles d'une approche objective du corps. Le corps jouissant ou souffrant n'est pas le corps objectif, c'est un corps vécu subjectivement de l'intérieur

A.1.6 Les émotions servent également à communiquer au sein d'une communauté

Selon Spinoza, l'homme réfléchi s'efforce d'affirmer la nécessité de sa nature et de l'accorder à celle des autres car rien n'est plus réjouissant que de vivre dans l'adéquation à soi et dans l'adéquation aux autres. Pour Kant, le sujet n'est pas seul face à ses représentations, puisque la constitution de ces représentations fait appel à des structures universelles (catégories de la pensée selon Kant) selon lesquelles ce qu'il se représente subjectivement n'est pas seulement valable pour lui mais l'est également pour autrui. Il existe donc une façon de penser commune aux hommes et selon laquelle nous dépassons notre point de vue individuel. Or s'il porte en lui ces conditions universelles qui lui permettent de déterminer ce qui est objectif pour lui et susceptible d'être partagée avec autrui, l'homme est autonome et son existence ne peut plus être séparée de l'existence d'autrui.

Rousseau²⁶ affirme lui que nous avons la capacité de reconnaître immédiatement l'autre comme un alter ego au sens où il y aurait un mode de communication directe entre les hommes. L'individu a le pouvoir de s'identifier immédiatement à autrui au sens où il imagine que les souffrances affectant les autres sont également susceptibles de l'affecter. Le sentiment de compassion est donc le sentiment le plus immédiat que lui inspire la présence d'autrui, ce qui signifie cette capacité de l'individu à participer à la souffrance d'autrui.

Le cerveau, à l'instar des autres organes du corps, est un produit de l'évolution. Son développement a permis l'émergence de compétences de plus en plus élaborées, améliorant l'adaptation de l'espèce à son environnement, tant physique que social. Au niveau du groupe, les signaux affectifs sont un vecteur important de communication non verbale et participent à la

²⁴ Beru, C. (2002). *Phénoménologie de la douleur et représentations de la maladie*. Paris V Université René Descartes, Ethique Médicale.

²⁵ Barus-Michel, J. (2004). *Souffrance, sens et croyance. L'effet thérapeutique*. Paris: Ramoville.

²⁶ Rousseau, J.-J. (posth. 1782). *Les rêveries du promeneur solitaire* (Vol. 5e promenade). Nouvelles Editions Latines 1949 325 pages.

régulation des interactions interindividuelles. Les émotions n'ont donc pas seulement pour but d'aider à survivre dans un monde hostile. Elles servent aussi à communiquer. Avec des mots, bien sûr, pour exprimer ce que nous ressentons mais aussi par l'échange instantané d'émotions. Les corps s'adressent alors de discrets signaux et une cascade de neurotransmetteurs se déverse dans le cerveau des protagonistes. "L'expression des émotions, explique l'éthologue Boris Cyrulnik, spécialiste de l'étude des comportements humains, c'est l'organe de la coexistence, de la communication intersubjective." La perception d'une émotion peut être engendrée par une action volontaire. Un psychologue américain, Paul Ekman, de l'université de San Francisco, a créé l'alphabet universel des émotions et démontré qu'à partir d'une expression du visage volontairement créée, une émotion pouvait être perçue²⁷. Il y a donc un langage des émotions que certains arrivent à percevoir mieux que d'autres. Les expériences d'Ekman suggèrent soit qu'une partie de l'état corporel caractéristique d'une émotion suffit à permettre sa perception ; soit que cette partie suscite la reconstitution de l'état corporel complet, ce qui permet ensuite de ressentir l'émotion en question.

Dans les années 1990, Giacomo Rizzolatti²⁸ et ses collaborateurs à l'Université de Parme, ont découvert que, lorsqu'on enregistre les activités de groupes de neurones du lobe frontal d'un singe, il apparaît les mêmes activités lorsque le singe regarde simplement effectuer une action et lorsqu'il réalise lui-même cette action.

Cet effet « neurones miroirs » se retrouve aussi chez l'homme, l'étude de l'activité des zones cérébrales par imagerie à résonance fonctionnelle, pendant l'observation d'une action motrice ou d'une expression émotionnelle, a abouti à la conclusion qu'observer une action, c'est déjà se préparer à faire cette action, et percevoir une émotion, c'est déjà ressentir cette émotion. Ils imitent les actions de ce qui est observé ou entendu, même si le percepteur demeure immobile mais plus fortement aux actions observées ou entendues que nous avons l'habitude de le faire par nous-mêmes. Ce système de résonance, tout en nous permettant d'interagir avec les autres, favoriserait la prise de conscience que nous sommes, chacun, un individu différent. Les travaux en psychologie du développement de Philippe Rochat, de l'université Emory d'Atlanta, montrent ainsi que c'est à travers nos interactions avec nos semblables, qui commencent dès la naissance, que nous internalisons le point de vue subjectif des autres et, ce faisant, que nous promouvons notre propre conscience de soi²⁹.

A.1.7 Chaque individu est unique mais en constante évolution en fonction de ses expériences affectives et cognitives

Le fait que l'expérience laisse des traces dans le cerveau par le biais de la plasticité synaptique, et que ces traces soient sans cesse remodelées, ouvre un questionnement sur l'identité du sujet. En effet, la plasticité démontre que le réseau neuronal est ouvert au changement et est modulable par l'événement. Au-delà des déterminations qu'implique son bagage génétique*, chaque individu se révèle unique et imprédictible. La plasticité remaniant constamment les circuits neuronaux, un stimulus identique peut donner des réponses chaque fois différentes en fonction de l'état du cerveau. Or les neurosciences nous apprennent que l'activité cérébrale ne s'arrête jamais, même pendant le sommeil, et que le cerveau se modifie à chaque instant, avec des synapses qui poussent et d'autres qui disparaissent. Et c'est justement grâce à ces changements continus, que le cerveau dispose d'une grande plasticité et adaptabilité. Même les expressions des gènes peuvent se modifier avec le temps et l'expérience.

La neuroplasticité - ou plasticité neuronale - peut se définir comme l'ensemble des manifestations traduisant la capacité des neurones à se modifier et se remodeler tout au long de la vie. Tous ces mécanismes contribuent à une adaptation des neurones à un environnement moléculaire, cellulaire et fonctionnel extrêmement changeant et par voie de conséquence à des modifications fonctionnelles. Ainsi, chaque seconde, notre cerveau se modifie en fonction des expériences

²⁷ Paul Sutter, P. E. (2008). *Les nouveaux psys. Ce que l'on sait aujourd'hui de l'esprit humain*. Paris: Les Arènes. pp299-301

²⁸ Rizzolatti, G. (1996, Mars). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*. p131

²⁹ Rochat, P. (2001). *The infant's world*. Harvard University Press.

affectives, psychiques, cognitives que nous vivons. Mais la plasticité peut aussi être mise en œuvre lors de processus pathologiques en réponse à une lésion ou à un processus lésionnel, et comporte par nécessité une réorganisation des interactions neuronales afin de préserver au mieux les capacités fonctionnelles du système.

Notre constante interaction avec notre environnement suscite des changements physiques, cognitifs et émotionnels tout au long de notre vie. Tout organisme vivant, y compris l'être humain, est dans un processus constant d'ajustement à un contexte qui ne cesse de changer. Des études en neurosciences plus récentes³⁰ montrent que, le cerveau peut réorganiser des systèmes entiers d'interconnexions neurales, changeant ainsi l'organisation tant fonctionnelle que structurelle du cerveau, en plus de changer la force des connexions neurales, ou simplement d'y ajouter ou d'en soustraire des connexions neurales

Le cerveau peut changer à l'âge adulte lorsque la force des connexions entre les cellules corticales se modifie³¹

En conclusion, nous reprendrons le portrait de l'être humain que brosse Erich Fromm³² et dont la principale tâche dans son mode d'existence est de s'épanouir pleinement en réalisant toutes ses potentialités. Mais pour ce faire, il doit redécouvrir l'essence même de son humanité : l'autonomie. Il devra redevenir créatif, c'est-à-dire penser et sentir les choses par lui-même. Être exige une clairvoyance dans notre relation à soi et à autrui. Être commande aussi l'aptitude à être actif et productif. Le mode être met l'accent sur le déploiement d'une riche vie intérieure où l'on cultive son potentiel afin de « se renouveler, de développer, déborder, aimer, transcender la prison du moi isolé... » Or l'individu vit dans une société et l'organisation de la vie à l'intérieur de cette société incite l'être humain à « s'expérimenter lui-même comme un objet qui doit trouver un emploi réussi sur le marché ». Il ne se ressent pas lui-même comme un être actif, doué de qualités qui lui sont propres. Il ne se sent pas animé d'une riche vie intérieure qui le comble. L'individu se donne une identité dans la mesure où il est semblable aux autres.

Si l'individu ne réussit pas à investir sa personne d'une manière profitable, il s'évaluera lui-même comme un échec et cette attitude entraîne la perte de son identité. En atteignant un tel niveau de conformisme, il handicape sérieusement la possibilité même de développer sa personnalité d'une manière originale et créatrice, et d'atteindre une qualité de présence au monde. Mais notre monde est de plus en plus sollicitant, et il est devenu très facile de se couper de notre intériorité : « l'extériorité nous tend les bras et se propose de remplir toute notre conscience. ... Aujourd'hui, au moment où nous n'avons plus à remplir nos journées avec des actes de survie, nous devrions profiter du temps et de l'énergie libérés par la technologie pour devenir des êtres plus intelligents et plus équilibrés »³³

Pour Laborit³⁴, Les automatismes créés dès l'enfance dans le système nerveux de l'individu n'ayant qu'un seul but, le faire entrer au plus vite dans un processus de production, se trouveront sans objet à l'âge de la retraite, c'est pourquoi celle-ci est rarement le début de l'apprentissage du bonheur, mais le plus souvent « l'apprentissage du désespoir ».

A.2 L'être humain vieillit

A.2.1 L'être humain vieillit normalement et subit au cours de sa vie des modifications physiques, cognitives et sociales

Tout au long de son existence l'être humain évolue tant sur le plan physique, psychologique, social que moral et spirituel. « La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une

³⁰ Rauschecker, J. P. (2003). Functional organization, and plasticity of auditory cortex. *The cognitive Neuroscience of music*, pp. 357-365.

³¹ Cooper, C. B. (1970, 10 31). Development of the brain depends on the visual environment. *Nature*, pp. 477-478.

³² Fromm, E. (1978). *Avoir ou être?* (C. Réponses, Éd.) Editions Robert Laffont. p131

³³ Hanson, R. (2011). *Le cerveau de Bouddha*. Paris: Les Arènes. P15

³⁴ Laborit, H. (Écrivain), & Resnais, A. (Réalisateur). (1979). *Mon Oncle d'Amérique* [Film].

diminution des capacités »³⁵. Le vieillissement normal, appelé également sénescence, signifie les changements qui apparaissent avec le passage du temps dans les structures anatomiques, les changements physiologiques et psychologiques en l'absence de maladie. Il se distingue du vieillissement pathologique qui signifie l'augmentation des maladies avec le passage du temps.

a) *En même temps que l'homme s'adapte pour vivre plus longtemps, sa capacité d'adaptation physiologique diminue.*

Sur le plan physiologique, le processus de sénescence cause le déclin des fonctions organiques puis le vieillissement des tissus et de l'aspect général du corps. Les altérations des structures et les pertes fonctionnelles surviennent dans tous les organes et tous les systèmes du corps humain, surtout l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, locomoteur et du système nerveux. Mais à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre. La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge.

Le gériatre Bernard Muralis³⁶ reconnaît que : « la vieillesse ne se laisse définir ni par un mécanisme spécifique unique, ni par le seul effet du temps, ni par un mode de décès. Il n'en existe aucune mesure biologique ». Avec l'avancée en âge, chaque individu peut donc poursuivre un vieillissement normal, ou entrer dans n'importe quelle forme de pathologie.

Au niveau physiologique, nous porterons une attention particulière aux modifications sensorielles au niveau de la vue et de l'ouïe.

En vieillissant le cristallin de l'oeil épaissit et perd une partie de sa plasticité et de sa capacité d'accommodation. Il s'ensuit qu'on ne peut plus accommoder sur les objets très éloignés ou très rapprochés. C'est à la vue que nous devons une grande partie de l'information qui nous parvient sur le monde, et une bonne part au moins de nos plaisirs. Le changement le plus souvent associé consiste dans le développement de la cataracte, qui a pour effet de déformer le spectre lumineux et d'obscurcir la vue. Habituellement, la perte de l'ouïe n'est pas complète, car dans la plupart des cas elle est sélective et n'intéresse que les hautes fréquences, la basses fréquences continuant en général d'être très bien perçues à moins que n'interviennent d'autres affections.

La perte des sons aigus, lorsqu'elle est accentuée, nuit à la perception de la parole.

Avec l'avancée en âge, on observe une diminution de la sensibilité tactile. Les seuils de détection (douleurs, vibration, ...) sont alors augmentés et la discrimination tactile moins fine.

Lors du vieillissement les os deviennent plus poreux, moins résistants aux pressions et aux tractions : c'est l'ostéoporose qui peut provoquer des fractures. Avec l'avancée en âge se produit une perte de la masse musculaire qui engendre une diminution de la capacité de contraction musculaire. L'équilibre est tardivement perturbé et favorise les troubles de la marche ainsi que les risques de chute.

b) *Ses fonctions cognitives* se modifient*

Cette diminution des capacités sensorielles qui varie considérablement d'un individu à l'autre, entraîne généralement une réduction dans la capacité de recevoir et de traiter les informations concernant le milieu environnant ce qui influe sur l'accomplissement des tâches quotidiennes. Comparativement aux sujets plus jeunes, les personnes âgées sont également moins aptes à organiser et intégrer l'information : c'est la principale raison pour laquelle elles réussissent moins bien les tâches de résolution de problèmes.

Les fonctions exécutives correspondent à l'ensemble des capacités facilitant l'adaptation de chacun à des situations nouvelles ou complexes. Lors du vieillissement, le déclin cognitif observé est principalement dû à l'altération des performances des fonctions exécutives (ralentissement du traitement des infos, distractibilité, capacité d'attention focalisée moins efficace, ...). Les difficultés dans l'accomplissement d'une tâche qui exige de la rapidité et de la coordination s'accroissent donc. L'augmentation des temps de réaction et de prise de décision peut cependant

³⁵ Riegel, B. M. *Le vieillissement*. Paris, 1984: Presses Universitaires de France.

³⁶ Muralis, B. (1999). Plaidoyer pour une meilleure prévention. *La Recherche Spécial "vivre 120 ans"*, 322. pp82-83

être fonction de la situation ou des conditions d'apprentissage. Les études de Waneen Spirduso³⁷ démontrent en effet que les personnes âgées actives sont dans plusieurs domaines supérieures aux personnes plus jeunes inactives. La plupart des indications concernant les rapports entre le vieillissement et le déclin de la force musculaire, de la rapidité et de la coordination, portent à croire que ce sont les limites supérieures qui s'affaissent.

L'adulte âgé se plaint souvent de pertes de mémoire comme l'oubli de mots dans ses phrases ou encore l'incapacité de se rappeler d'un rendez-vous ou d'un nom de famille. Effectivement, on peut constater que la mémoire immédiate par rapport à la mémoire à long terme est la première touchée dans la phase du vieillissement cognitif. L'enregistrement des événements et leur restitution diminuent avec l'âge principalement à cause d'une diminution de la vitesse de traitement de l'information et de l'attention dans le cas d'un vieillissement normal dit « non pathologique ». Les fonctions d'attention comme la capacité à sélectionner les informations principales, à exécuter deux tâches simultanément (attention divisée), à se concentrer pendant un certain temps (l'attention soutenue) diminuent avec l'âge.

Raymond Cattell³⁸, psychologue britannique, a étudié les capacités intellectuelles humaines et théorisé l'existence de deux formes d'intelligence à la base des fonctions cognitives : l'intelligence fluide qui permet de résoudre les problèmes nouveaux, soit la faculté d'adaptation aux situations nouvelles et l'intelligence cristallisée qui représente les apprentissages acquis tout le long de l'existence permettant de réaliser les actes de la vie quotidienne. Cette dernière est atteinte tardivement par le processus du vieillissement et de l'altération physiologique comparé à l'intelligence d'adaptation.

Les personnes âgées conservent également la capacité d'apprendre jusqu'à un âge avancé : il est possible d'apprendre toute sa vie. En matière d'activité créative, Picasso, Churchill, Einstein, Laborit... et bien d'autres ont aussi été productifs jusqu'à 80 ou 90 ans. La fonction créatrice est certes un produit du cerveau, mais elle est aussi un état d'esprit.

Les diverses fonctions instrumentales (langage, praxie, gnosie) ne sont pas affectées dans le cadre du vieillissement normal, que lorsque d'autres facteurs sont impliqués : complexité de la tâche, capacités de la mémoire à court terme, vitesse de traitement de l'information, capacités de mise en place de stratégies.

c) La perte des rôles sociaux de l'âge adulte entraîne des modifications sociales et identitaires

Plusieurs des rôles joués par les individus à l'âge adulte, et qui donnaient un sens à leur vie, ne peuvent plus être joués par les personnes âgées. Elles ne sont plus en charge de l'éducation des enfants qui ont grandi, se sont mariés et ont quitté la maison. L'acquisition de biens n'est plus nécessaire. Les personnes âgées sont entourées de biens accumulés à l'âge adulte. Le retrait du milieu du travail enlève des pressions mais fait perdre une habitude de vie, un milieu social où l'on retrouvait des collègues de travail tous les jours.

A.2.2 La fragilisation de l'organisme et les pathologies du vieillissement contribuent à la perte d'autonomie de la personne âgée

En Occident, les progrès combinés de la médecine, de la technologie, de l'hygiène et des conditions de vie ont contribué à une élévation considérable de l'espérance de vie. Dans les conditions de base favorables, les différents organes assurent à l'organisme une fonction satisfaisante à un âge avancé. La survenue de facteurs déstabilisants (maladie, choc psychologique, agression, modification de l'environnement) peut induire une situation de rupture lorsque les capacités d'adaptation/régulation du sujet âgé sont dépassées. Plus l'avance en âge est importante, plus l'équilibre de base est fragile, et une agression de plus en plus minime peut suffire à bouleverser cet équilibre. En effet, la réduction des réserves fonctionnelles avec l'âge rapproche la personne âgée du seuil de décompensation³⁹

³⁷ Waneen Spirduso, K. F. (2005). Physical Dimensions of Ageing. *Oxford Journals Medicine Age and Ageing*, 36 (1), p113.

³⁸ Cattell, R. (1987). *Intelligence: its structure, growth and action*. New York: Elsevier.

³⁹ Seuil en dessous duquel il n'est plus possible pour l'individu de s'adapter ; ce seuil existe sur le plan physique comme sur le plan psychologique. General, S. (1996). *Physical Activity and Health*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services.

Les personnes âgées sont caractérisées par leur vulnérabilité du fait de leur vieillissement, des maladies et des facteurs sociaux et psychologiques ayant des conséquences fonctionnelles. En particulier, la polypathologie (co-existence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu) est fréquente, ainsi que la polymédication (consommation chronique de plus de quatre médicaments différents). De même, le poids de l'âge et de la survenue d'handicaps variés (défaillances sensorielles, motrices et intellectuelles), donne lieu fréquemment à des problèmes neuropsychiques (dépression, troubles du caractère, maladie d'Alzheimer, Parkinson, délires, etc.) réagissant à leur tour sur la santé de la personne. Certaines maladies ou syndromes dont la fréquence augmente avec l'âge ont longtemps été confondus avec l'expression du vieillissement. En fait, on sait aujourd'hui que ces troubles sont en rapport avec des processus pathologiques, certes très fréquents chez les personnes âgées, mais non obligatoires. A ce titre, l'étude des centenaires qui illustrent le vieillissement extrême est particulièrement intéressante. Ainsi, le fait que certains centenaires soient indemnes de maladie d'Alzheimer ou d'insuffisance cardiaque, indique que ces troubles ne sont pas l'expression du vieillissement. Le vieillissement mental ne semble pas relié à l'âge mais plutôt à une baisse de l'estime de soi qui déclenche le repli sur soi, le désinvestissement du monde extérieur.

A.2.3 La dépression s'associe parfois à la pathologie

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 jusqu'à. 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 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. Ces altérations de la maîtrise 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, elles auront parfois le sentiment d'être devenues inutiles. 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.

A.2.4 L'entrée en maison de retraite est souvent la solution inévitable pour répondre aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie

De nombreuses personnes âgées institutionnalisées témoignent de n'avoir pas "eu le choix" de l'institutionnalisation. Après le décès de leur conjoint, la survenue d'un accident, une maladie ou une chute malheureuse, ils ne peuvent plus demeurer chez eux ni être accueillis chez un tiers (un enfant, un proche...). Et dans l'urgence, il arrive également qu'au "non choix" de ce mode de vie s'ajoute le "non choix" de la résidence d'accueil. Les places libres en institution n'étant pas nombreuses, la personne peut se retrouver loin de son milieu social habituel. Une rupture avec la vie antérieure, avec le domicile n'est pas toujours bien vécue surtout si ce passage a été insuffisamment préparé. Se retrouver subitement transplanté d'une maison pleine de souvenirs

dans une chambre de 20 m² peut être très perturbant. A cela s'ajoute la vie en collectivité que bien des résidents (surtout les résidentes) n'ont jamais connu. La maison de retraite est une institution gériatrique accueillant de nombreuses personnes âgées et l'entrée dans une telle résidence implique pour chacun de nombreuses adaptations et acceptations, voire renoncements, qui sont plus ou moins difficiles à surmonter. Les règles de fonctionnement pour permettre la vie en communauté, peuvent s'avérer contraignantes. Les résidents doivent s'adapter à un rythme, à des habitudes de vie qui ne sont pas les leurs. En effet, ils sont confrontés à des horaires imposés qui rythment chaque journée : pour le lever, la douche lorsqu'ils sont dépendants, les repas, les animations, les changes et le coucher.

La cohabitation imposée avec de nombreux autres résidents qui renvoient en permanence l'image de la vieillesse et la régression démentielle majeure les difficultés d'adaptation. Ceci s'observe notamment lors des moments où tous les résidents sont présents comme lors des repas. Le bruit ambiant et les déficiences sensorielles font que, bien souvent, les discussions sont difficiles à suivre et renvoient chacun à l'image de sa détérioration réelle et ressentie.

Les soignants dans les institutions pour personnes âgées sont confrontés en permanence à la maladie, la douleur des résidents, la démence, les cris, la révolte sous toutes ses formes, et enfin la mort. Le poids de la société et l'image qu'elle véhicule ne sont pas étrangers à la mauvaise image des maisons de retraite dans le grand public ainsi qu'à la dévalorisation des métiers auprès des personnes âgées. En France, selon une étude européenne⁴⁰, les soignants de maisons de retraite et longs séjours sont les plus nombreux à déclarer avoir assez de temps pour parler aux patients (42,8 % contre 7 % pour les soignants d'hôpitaux de jour et soins à domicile).

A.3 Le vieillissement est un processus différentiel qui relève de données objectives et subjectives et entraîne parfois une souffrance

Le vieillissement est donc un processus différentiel (très variable d'un individu à un autre) qui relève à la fois de données objectives (dégradations physiques, baisse tendancielle des performances perceptives et mnésiques, etc.) mais aussi de données subjectives qui sont en fait la représentation que la personne se fait de son propre vieillissement. Une maladie mentale telle que la maladie de Parkinson peut être objectivée par des symptômes clairement identifiables. Il s'agit alors d'une vieillesse pathologique. En revanche, le bien-être subjectif est une autoévaluation de son propre vécu de la vieillesse. Le lien ou la corrélation entre les aspects objectifs et les aspects subjectifs de la sénescence n'a rien d'automatique.

De l'étude de la littérature sur la psychologie de la personnalité, nous pouvons citer Diener⁴¹ et ses collègues, pour qui le bien-être subjectif consiste à vivre beaucoup d'affects agréables, peu d'affects désagréables et à ressentir une grande satisfaction personnelle de sa propre vie. Tandis que Ryff⁴² met plus l'accent sur le fonctionnement psychologique en accord avec sa propre nature et définit le bien-être à l'aide de six dimensions principales, inspirées de Jung, Rogers, Maslow... : Un certain contrôle sur son milieu, des relations positives, l'autonomie, la croissance personnelle, l'acceptation de soi, le sens de la vie. Si la vie d'un être humain peut être définie comme nous l'avons vu sur la conscience de soi et la construction de la personnalité, que signifie la vie de celle ou de celui dont la mémoire et le corps « flanchent ».

En matière de souffrance, la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 du code de santé publique établit quatre aspects de la souffrance globale : la douleur physique, la souffrance psychologique, la souffrance sociale et la souffrance spirituelle.

⁴⁰ cette étude s'est déroulée entre 2004 et 2006 au sein de dix pays européens : Allemagne, Belgique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Pologne, Pays-Bas, Slovaquie et Suède, Madeleine Estryn-Béhar, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Presses de l'EHESP 2008. Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail

⁴¹ Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being, progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31. Pp103-157

⁴² Ryff, C. D. (1989). Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57. pp1069-1081

A.3.1 Les dégradations physiques, la baisse des performances cognitives et l'isolement social sont des critères objectifs de souffrance physique, psychologique et sociale

a) Les modifications sociales entraînent une perte de l'estime de soi et de l'identité et une souffrance sociale

Si l'être humain se dirige vers son plein épanouissement, cela demande une adaptation continue aux différentes étapes de la vie et donc une actualisation de la conscience de soi à l'âge de la vieillesse. Le maintien de la continuité identitaire devrait être « tout à la fois source de plaisir, d'intérêt et de sens qui suppose un courant d'investissement de soi et du monde externe »⁴³. Mais une personne âgée répond souvent à la question: «Qui êtes-vous?», par «J'étais...» ... Pour l'identité il ne lui reste désormais que son nom, sa nationalité et son numéro d'assurance sociale. Ce n'est pas seulement imputable à un vieillissement inévitable mais aussi à une construction sociale et culturelle de la vieillesse : «La culture occidentale est plus qu'aucune autre, une culture de l'adulte faite par et pour l'adulte et à ses seules mesures.»⁴⁴. La société elle-même supprime aux personnes âgées la possibilité d'être conformes aux valeurs qu'elle a elle-même décrétées : la société n'attend rien d'eux et il n'y a pas d'actualisation possible. C'est là que se situe la perte de l'estime de soi et la crise d'identité. Comme le soulignaient Fromm et Laborit, cités plus haut, notre société valorise l'efficacité, le progrès, l'avenir, l'individualisme : quel peut être alors le rapport entre l'individu vieillissant biologiquement et ces valeurs? Quelles valeurs notre culture propose-t-elle à l'individu âgé pour qu'il puisse actualiser dans la réalité, avec ses propres forces, son identité personnelle?

Il se sent déprécié par suite de la retraite ou d'une diminution de revenu, la perte de rôles qui leur donnait pouvoir et importance, les dégradations physiques et l'abandon de la maison familiale. L'enjeu dans le vieillissement devient alors celui de l'acceptation des changements et des pertes, ainsi que le deuil des idéaux non réalisés. «Nous avons affaire, dit Erikson⁴⁵, à un processus «situé» au cœur de l'individu ainsi qu'au cœur de la culture de sa communauté ». Hélas l'estime d'autrui tend précisément à s'amoinrir dans le temps même où le désir d'être reconnu se fait plus insistant. Le « vieux » se définit ainsi par la négative : il n'est plus un « bon vivant ». Si la vieillesse est faite de symptômes, de souffrances et de plaintes, elle nécessite une réponse médicale. La « prise en charge » renvoie alors la personne âgée à la dimension d'un poids, d'un coût et les choix de la personne âgée sont moins prioritaires que la nécessité d'intervenir et de traiter. Des échelles, des grilles ont même été mises au point pour évaluer cette charge. Et moins une personne se rappelle à la présence du soignant, plus elle est associée à des affects positifs.

La personne âgée, qui perd un à un ses points d'ancrage économiques, sociaux et affectifs, ses points de repère dans la réalité, son identité sociale, va développer des mécanismes de compensation qui lui permettront malgré tout de conserver tant bien que mal, aussi longtemps que possible, son intégrité et son identité personnelle. Claude Balier⁴⁶ émet l'hypothèse que la maladie peut devenir alors l'unique expression des personnes âgées : «La maladie n'est pas seulement l'expression d'une pathologie d'origine biologique, elle est aussi une forme de langage établi entre la personne âgée et l'organisation sociale qui ne lui laisse pas d'autres possibilités de s'exprimer.»

b) Les modifications physiques et cognitives entraînent une perte de motivation de la confiance en soi et une souffrance psychologique

Pour comprendre la souffrance psychologique, il faut aller voir le besoin irrésolu qui se tient derrière. L'accomplissement d'actions répondant aux goûts et aux aspirations des personnes âgées est un facteur de motivation qui permet un engagement nécessaire pour se réaliser. La vieillesse entraîne toute une série de désordres biologiques, psychiques, sociaux qui constituent autant d'incapacités chez les personnes âgées, que de nécessités pour celles-ci de développer des stratégies d'adaptation qui intègrent ces éléments. Pour s'adapter, elles continuent donc d'avoir

⁴³Bianchi, H. (1988). Brèves remarques à propos du retour dans la vieillesse de deux problématiques des débuts de vie. *Gérontologie et société* (46). pp127-132

⁴⁴ Balier, C. (1975). Les fondements psychologiques de l'image dévalorisée de la vieillesse. *Gérontologie* (20). p26

⁴⁵ Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton. pp17

⁴⁶ Balier, C. (1975). Les fondements psychologiques de l'image dévalorisée de la vieillesse. *Gérontologie* (20). p26

besoin d'apprendre, d'évoluer, d'interagir avec leur entourage et environnement, de continuer à vivre et poursuivre une croissance personnelle. Elles ont tout le bagage nécessaire pour continuer à développer leurs facultés intellectuelles mais à leur propre rythme. La stimulation intellectuelle et la confrontation à des situations classiques permettent de stimuler les réseaux neuronaux et leur rapidité. Les circuits neuronaux de plus en plus fréquentés sont consolidés et favorisent une rapidité de réaction ainsi qu'une meilleure efficacité lorsqu'ils peuvent être empruntés.

Mais comme nous l'avons vu, lors du vieillissement, différents facteurs peuvent influencer cet investissement: les changements physiologiques, cognitifs et sensitifs induits par la sénescence, les deuils, le temps de la retraite, le regard d'autrui et les préjugés sociaux, et l'épreuve de l'institutionnalisation. Les problèmes respiratoires, la faiblesse, la fatigue et la douleur, l'affaiblissement des organes sensoriels, les phénomènes associés à la privation sensorielle ainsi que les déficits cognitifs sont tous des éléments qui entraînent des difficultés au niveau de la perception et de la compréhension et qui diminuent la capacité d'attention nécessaire au processus d'apprentissage. La personne âgée perd confiance en elle, en ses capacités motrices et cognitives et n'ose plus s'exprimer. Le manque de motivation à apprendre de nouvelles connaissances influence, alors, à la longue, la capacité de mémorisation de la personne ainsi que son potentiel de créativité*. C'est ainsi une boucle d'inhibition qui s'installe. Tous les préjugés à l'égard du déclin intellectuel des personnes âgées démotivent également ces dernières et ont une influence sur la perception personnelle de leurs capacités. Par exemple, en vieillissant, un nombre grandissant de personnes se plaint de pertes de mémoire. Ce symptôme, appelé plainte mnésique, représente une évaluation subjective de ses propres activités de mémorisation. Cette plainte dégrade le sentiment de vieillesse réussie de la personne. A la question de la corrélation entre la plainte mnésique et les performances mnésiques objectives de la personne, une équipe de chercheurs⁴⁷ ont réalisé une recherche sur un échantillon de trois cent soixante-sept personnes de plus de 60 ans et ont constaté une absence de corrélation entre la plainte mnésique et les performances objectives.

Ce manque de confiance en soi et en ses capacités entrave le besoin de communiquer des personnes et s'ajoute alors à l'isolement social qui empêche la personne âgée d'interagir avec les autres. Les recherches indiquent qu'il existe un rapport entre la fréquence des contacts sociaux et le sentiment de satisfaction à l'égard de la vie. Il y a chez tout être vivant un « besoin de stimulus » tout aussi vital que le boire et le manger. Or, le processus de sénescence ainsi que certaines maladies chroniques altèrent le fonctionnement des organes servant à la communication notamment par la diminution des capacités sensorielles. Cette diminution se manifeste par une réduction de la capacité de recevoir et de traiter l'information provenant du milieu environnant il s'ensuit un isolement sensoriel particulièrement évident chez ceux qui souffrent de problèmes visuels, auditifs ou de troubles au niveau des perceptions tactiles. Toute perte auditive rend la communication difficile, ce qui entraîne des problèmes affectant la qualité de vie et les activités quotidiennes : il est impossible de répondre correctement à une question mal comprise (expérience frustrante et anxiogène*). L'individu qui présente un déficit auditif perd la capacité de suivre une conversation et à la longue finit par ne plus vouloir converser de peur de faire rire de lui. La surdité prédispose à l'isolement social. La perte de l'acuité visuelle (totale ou partielle) diminue la participation à la vie sociale et l'intérêt pour les activités récréatives et de ce fait entrave la communication. L'absence de communication peut entraîner des troubles émotifs pouvant aller de la paranoïa à la dépression ou à l'isolement. De plus, le besoin normal d'appartenance que ressent toute personne risque également d'être frustré du fait que la personne peut se considérer comme « anormale » dans une société qui privilégie la perfection physique. Les émotions liées à l'une ou l'autre de ces pertes peuvent amplifier l'anxiété de la personne et l'inciter à s'isoler, à déprimer ce qui retentit sur ses rapports avec les autres.

c) La souffrance physique vient d'une perception subjective de la douleur

L'I.A.S.P (International Association for Study of Pain : référence internationale en termes de recherche, de pratique clinique et de formation dans le domaine de la douleur) propose de définir

⁴⁷ C. Derouesné, A. A. (1989). Memory complaints in the elderly. *Archives Gerontology Geriatric* (Suppl.1). pp151-163

la douleur comme « Une expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage ». Cette définition est également retenue par l'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé). « La douleur est un concept médical et la souffrance un concept du sujet qui la ressent »⁴⁸ Cette souffrance est différente d'une personne à l'autre. La douleur est le messenger du corps qui nous alerte sur le fait qu'une certaine partie de notre corps nécessite une attention immédiate. Elle devient souffrance par les associations du cerveau. Si la douleur est prise en charge par l'équipe soignante notamment au travers de traitements médicamenteux, sa perception reste très subjective. En effet, lorsqu'on provoque des stimuli douloureux de même intensité chez deux personnes, celles-ci peuvent réagir de manières très différentes. L'une peut avoir extrêmement mal, alors que l'autre ne peut ressentir qu'une légère douleur. La perception de la douleur dépend donc de la personne en elle-même et peut être nuancée en fonction de l'éducation, du passé, de la résistance, de l'expérience de la douleur antérieure ou encore, en fonction du caractère de la personne. La douleur est donc une expérience subjective, personnelle, intime, impossible à mesurer et difficile à exprimer par le patient.

A.3.2 L'approche imminente de la mort, peut révéler une souffrance spirituelle

Trouver un sens à sa vie fait partie des besoins fondamentaux de l'être humain et influence la santé. En effet, le sentiment d'avoir sa place dans le monde et de faire partie d'un tout procure satisfaction et bien-être. Ce besoin prend encore plus d'importance lorsque la maladie ou la perte de proches remet en question le sens même de l'existence. Le besoin naturel de réponse aux questions qualifiées d'« existentielles » peut être identifié au Conatus et la réponse que l'individu va y apporter deviendra l'orientation de son existence, en particulier, en tentant de trouver un sens à ce qui a été vécu. Le dernier aspect de cette vision de l'homme souffrant, c'est l'énergie vitale, le désir de vivre qui surpasse toute souffrance, et qui peut apparaître chez tous les patients. Elle peut prendre plusieurs aspects : la force de se battre, les petites choses de la vie, la joie écrit de Hennezel⁴⁹. « L'être humain qui pressent l'approche de sa mort est arrimé d'un désir d'aller au bout de lui-même, un désir d'accomplissement. Il cherche à se rapprocher de sa vérité la plus profonde, il désire son être. Il s'agit bien là d'un désir spirituel »⁵⁰. Découvrir que la vie est limitée, touche à sa fin, peut susciter chez la personne âgée le désir de « parler » en priorité de choses importantes et l'amener à rechercher ce qu'elle considère comme vrai et précieux. Mais cela peut également éveiller en elle un sentiment d'impuissance et d'indignité, d'amertume et de colère devant ce qui arrive, aux souvenirs d'événements passés. Cela risque surtout de provoquer le sentiment désolant que tout cela n'a aucun sens. C'est là que réside, sans doute, l'essence de la souffrance spirituelle. En matière spirituelle, il semble, qu'il faille distinguer deux besoins :

- Un besoin existentiel qui conduit l'homme à s'interroger sur le sens de la vie, des épreuves et de la mort, soit dans le regard porté sur la cause, l'origine, vers le passé, soit dans le regard porté sur l'effet, voire la raison d'être, la finalité, vers l'avenir. Ce besoin est un besoin de savoir, un besoin de repères.
- Un besoin relationnel qui consiste en un besoin de se sentir relié, non séparé, proche de corps et d'âme. L'être humain, pour se sentir pleinement vivant, a besoin d'éprouver, de sentir et de ressentir. Il ne s'agit plus alors d'une soif de sens – entendu comme un savoir, « je sais » - mais d'une soif de sens – entendu comme un senti, « je sens ». En particulier, chacun a besoin de se sentir considéré, aimé, porté. Chacun a besoin de l'« autre », d'une altérité, pour se sentir exister. Ce besoin est un besoin de ressenti. Ce qui est spirituel, ce n'est donc pas tant la relation – qui est en soi un fait neutre – que la rencontre qui dit quelque chose de la profondeur et de la qualité de cette relation. Cette représentation correspond aux deux dimensions de la religion : une dimension intellectuelle que traduit l'étymologie latine *relegere* (relier, interpréter) qui vise à donner du sens au vécu à partir d'un savoir, et une dimension expérientielle que traduit l'étymologie *religare* (relier) qui vise, à travers les sens, à donner la sensation et le sentiment d'être vivant.

⁴⁸ Breton, D. L. (2010). *Expériences de la douleur: Entre destruction et renaissance*. Paris: Métailié. p262

⁴⁹ Hennezel, M. d. (1995). *La mort intime: ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris: Robert Laffont.

⁵⁰ Leloup, M. d.-L. (2000). *L'Art de Mourir*. Paris: Pocket .

Pour le docteur Benoît Brucoa⁵¹, les besoins spirituels sont : • restaurer le sentiment d'appartenance, à une famille, à un groupe socio-professionnel, à une famille religieuse, à une culture ; • restaurer la communication et l'estime de soi à travers des sollicitations de beauté pour la vue, l'ouïe, le goût et pour l'odorat ; à travers des sollicitations de la mémoire, de toute la mémoire, celle de la maladie et du présent, celle des différents deuils vécus, celle des réussites et des bonheurs personnels et familiaux ; • restaurer en l'autre la force de ses croyances, des valeurs qui l'ont tenu "Homme debout", la force de regarder en face un bilan de vie, la force de trouver des paroles pour dénouer et apaiser des blessures.

B. L'Art contribue au bien être de l'être humain

Les philosophes ont, les premiers, pressenti l'impact du beau et des créations artistiques sur notre existence, notre vitalité. Leurs thèses sont désormais confirmées par les neurosciences. Les proportions harmonieuses d'un tableau ou d'une sculpture induisent un sentiment de bien-être et les couleurs agissent sur nos émotions, notre concentration, voire notre force physique.

B.1 L'Art par le plaisir esthétique qu'il incite dans la contemplation comme dans l'activité artistique implique la dimension sensible et intelligible de l'être humain

Le concept d'esthétique (issu du grec *aisthêsis*, signifiant : sensation, appréhension sensible au sens large) apparaît en 1750, quand Baumgarten fonde sous ce nom « la science de la connaissance sensible » et le nomme dans le dernier paragraphe de son livre « Méditation philosophique touchant l'essence du poème ». Le plaisir ne se réduit pas à un simple état du corps car un plaisir qui ne serait pas conscient de lui-même serait comparable à tous les mouvements s'effectuant dans notre organisme sans que nous en soyons conscients. « Parmi les impressions qui à chaque instant affectent notre corps, les unes s'éteignent dans le corps avant de passer jusqu'à l'âme, laissant celle-ci insensible ; les autres la traversent tous les deux et y produisent une sorte de secousse, à la fois propre et commune aux deux séparément »⁵². Les sensations caractérisant le plaisir esthétique passent le seuil de la conscience et par l'intervention du jugement, de l'imagination et de la mémoire deviennent un sentiment esthétique. Le jugement de goût témoigne alors d'une harmonie naturelle entre la sensibilité et l'entendement du contemplateur. 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. Le sens de la beauté dépend en effet de la faculté de représentation et de l'imagination. Comme l'écrit Hegel à propos du chant du rossignol, la beauté ressentie ne réside pas véritablement dans ce chant même, mais dans l'imagination de l'auditeur, c'est-à-dire en soi. L'effet plaisant que produit sur soi le chant du rossignol est conditionné par l'imagination, c'est-à-dire par l'exercice de la pensée.

« l'esthétique se manifeste par une qualité neuro-psycho-physiologique révélée par le plaisir ou le déplaisir »⁵³. Aucune conscience de la présence d'un objet extérieur ne serait possible, sans vie affective, qui accompagne ce sentiment de soi dans toute notre tentative de connaître le monde extérieur. La perception, ne peut pas s'isoler non plus de son contexte géographique et historique. L'œil est posé dans une situation spatio-temporelle et y est attaché. Chaque regard porte l'histoire du vécu du sujet percevant et aussi celle de son environnement géographique, social ou culturel. De ce fait, la perception du monde dépend de la position du regard dans un contexte extérieur. Les études neurologiques⁵⁴ confirment que l'information sensorielle est analysée par la partie la plus « élaborée » de notre cerveau le cortex cérébral, en fonction des informations mémorisées, mais les circuits plus anciens, en particulier ceux des émotions, du plaisir et de la récompense, interviennent simultanément. D'autres études comme celle de Semir Zeki⁵⁵ ont également tenté

⁵¹ Burucoa, B. (1998). Souffrance totale de la personne en fin de vie, la crise de mourir. Dans M. Montheil, *Mort, Ethique et spiritualité* (p. 248). Paris: L'esprit du temps. pp287-293

⁵² Platon. *Philèbe*. La Pléiade. p583

⁵³ Forestier, R. (2004). *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris: Favre. p125

⁵⁴ Goel, O. V. (2004, Avril 9). Neuroanatomical correlates of aesthetic preference for paintings. *Neuroreport* (15). pp893-897

⁵⁵ Zeki, S. (1999). *Inner Vision: an exploration of art and the brain*. Oxford University Press. pp76-96

d'établir des corrélations anatomiques pour les préférences esthétiques en peinture à l'aide d'une technique d'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique. Lorsque le tableau plait, une activation se fait plus importante des zones situées à l'arrière du cerveau, dans le lobe occipital, zones impliquées dans le décryptage des infos visuelles, comme si le cerveau attentif augmentait la luminosité, le contraste, les couleurs pour profiter plus intensément de l'œuvre qui le séduit. » Pour réaliser une œuvre 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 lieu 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 motive une poussée corporelle. Si l'art est un besoin de l'esprit, c'est que l'homme à travers lui prend à la fois conscience du monde extérieur et de son monde propre. C'est ainsi dans l'art que l'homme se reconnaît lui-même, entrevoit l'expression de son esprit en inscrivant celui-ci dans le sensible « une incarnation de l'esprit dans le concret »⁵⁶. Lors de la phase de production, l'artiste éprouve à nouveau des sensations appartenant au ressenti corporel dans ses impressions de l'œuvre en cours mais aussi dans les mouvements nécessaires à l'action et les gratifications corporelles qu'ils engendrent. Et lui font prendre conscience de sa structure corporelle

D'après Jean-Pierre Changeux⁵⁷, l'activité artistique stimule en particulier deux zones spécifiques dans le cerveau : le cortex frontal et le cerveau des émotions. «Le cortex frontal interviendrait donc à la fois dans la genèse d'hypothèses et d'intentions et dans l'élaboration d'un sens critique, facultés essentielles pour la contemplation d'un tableau. (...) Le cortex frontal établit, en effet, de riches connexions avec un ensemble sous-jacent de structures et de circuits nerveux appelé système limbique. Ce cerveau des émotions est engagé dans le contrôle des états affectifs du sujet. » Le plaisir esthétique résulterait d'une entrée en résonance, d'une mobilisation concertée d'ensembles de neurones situés à plusieurs niveaux d'organisation du cerveau, du système limbique au cortex frontal : « un objet mental élargi réaliserait cette harmonie de la sensualité et de la raison »

B.2 L'Art est révélateur de ce qui est intérieur et extérieur à l'être humain

La vocation de l'Art consiste à déchirer les apparences pour faire apparaître ce qui n'apparaît pas à la perception banale. La perception est la fonction de notre rapport au réel. C'est par elle que nous nous représentons des objets dans l'espace, que nous formons une image de ce qui existe. Comme nous l'avons déjà établi, le sujet percevant intervient activement dans la construction de l'objet perçu. La fonction de notre ouverture au réel, peut être moins ce qui nous le révèle que ce qui fait écran et tisse un filtre empêchant d'accéder à la réalité des choses suggère Bergson dans la pensée et le mouvant⁵⁸ Il soutient que l'Art est une voie d'accès plus directe à la réalité que la perception commune car les sens et la conscience de l'artiste sont en consonance avec le réel. Le désintérêt des artistes pour l'action et les intérêts matériels les rend disponibles pour une perception plus profonde de la réalité. Ils sont sensibles et attentifs au concret, à son caractère unique et original. Leur perception est ouverte au don infiniment renouvelé de la réalité pure. L'artiste n'invente pas la réalité qu'il donne à voir mais sans lui, elle demeurerait invisible. L'Art donne à voir. « Il n'imité pas le visible, il rend visible » notait Klee dans sa Théorie de l'art moderne. Si la peinture élargit la faculté perceptive, la littérature enrichit la conscience de la vie intérieure.

Selon Semir Zeki, le cerveau comme l'artiste, doit éliminer des infos qui ne sont pas essentielles pour parvenir à percevoir le caractère propre des objets, leur « essence » et ainsi parvenir à une véritable connaissance du monde

B.3 L'Activité artistique révèle le goût, le style et l'engagement de l'être humain

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. Il découvre son œuvre au fur

⁵⁶ Mounier, E. (2000). *Mounier et sa génération (Lettres, cernets et inédits)*. Paris: Parole et Silence. p21

⁵⁷ Changeux, J.-P. (1994). *Raison et Plaisir*. Paris: Odile Jacob. pp 44-45

⁵⁸ Bergson, H. (1938). *La Pensée et le Mouvant*. Paris: PUF. pp 149-151

et à mesure qu'elle prend forme et est donc autant l'auteur que le spectateur de l'œuvre en gestation. Si celle-ci implique une maîtrise technique, elle fait aussi intervenir la richesse intérieure et le goût de son créateur qui la produit dans l'équilibre d'un fond et d'une forme dans la recherche de son idéal esthétique. Ce goût appelle à un jugement dans la capacité de distinguer le beau du laid, la réussite d'une forme, couleur, dessin. En composant le poème ou en peignant la toile, l'artiste juge ce qui convient et ce qui ne convient pas. Il élimine telle touche, en ajoute une autre, reprend son geste pour obtenir ce qu'il recherche et dont il ne saura ce que c'est que lorsqu'il l'aura obtenu. Ce processus implique l'affirmation de soi.

Il n'y a pas pour Merleau-Ponty d'écart entre le voir et le faire, pas de problème propre à la technique du geste pictural, créer en art c'est d'abord et essentiellement ouvrir un regard, et le style est tout entier dans le regard et se transposera tout entier sur une toile. L'expression du geste pictural n'est donc pas autre que l'expression du corps en général, ils sont l'un et l'autre "l'emblème d'une manière d'habiter le monde" ⁵⁹, révélateurs d'un style et d'une confiance en soi. Si le peintre met de lui-même en son œuvre, c'est "son style", ce "schéma intérieur toujours plus impérieux à chaque nouveau tableau" .

Emmanuel Mounier l'affirme dans le Manifeste au service du personnalisme : la fonction de la vraie poésie, et partant de l'art, consiste à « épanouir l'homme au sommet de sa tâche » – tâche créatrice dans laquelle il s'affirme comme personne.

En se concentrant sur les sensations que procure l'activité artistique, l'artiste met en œuvre des formes, des sons, des gestes, des mouvements, des postures, des signes, qui lui permettent de se projeter dans une action. Cet engagement implique l'estime de soi.

B.4 L'activité artistique est une activité privilégiée d'expression et de communication et favorise la relation avec l'autre

L'Art dévoile notre rapport réel au monde par la voie de l'expression. L'expression est une révélation de ce qui est caché, invisible. L'Art rend visible cet objet implicite qui est le corps senti. Produire une œuvre à la recherche d'un idéal esthétique a pour fin de stimuler le cerveau et de changer l'état du milieu interne de notre corps, et éventuellement trouver l'état d'activation physiologique attendu. C'est dans ce sens que l'activité artistique est un va-et-vient entre l'objet extérieur ressenti et l'objet intérieur ressenti, entre l'extériorité et l'intériorité. La palette des émotions est la matière première de l'Art. L'artiste nourrit son œuvre de ce qu'il ressent et souhaite partager ou raconter. Les sentiments qu'il y exprime favorisent la rencontre et la communion avec les autres. Ils nous touchent par delà les siècles, les continents ou les cultures. La magie de l'émotion tend à l'universel ce que les neurologues sont venus à confirmer. Semir Zeki, dans son étude des bases neurales de l'appréciation de l'art, a constaté un facteur commun à tous ce que les gens trouvent beau dans l'art et la musique visible par l'activité dans le cortex frontal médial orbital du cerveau, une partie de la récompense et le centre du plaisir du cerveau.

L'expérience esthétique est le processus continu qui fait le sensible et l'intelligible, avec des allers-retours fréquents entre ces différentes composantes de notre être. En réalisant une œuvre d'art, l'artiste s'adresse à un individu, le spectateur, dans l'intention de communiquer quelque chose, une émotion, un sens, ou une idée abstraite. La communication s'appuie sur un ensemble de critères partagés entre des interlocuteurs, qui rendent possible l'échange du sentiment esthétique. L'expression artistique est un processus créateur, son point de départ étant un état mental de l'artiste de vouloir s'exprimer et son point final étant l'œuvre finalisée et exposée dans un lieu, devant un public, sinon juste quelques spectateurs entretenant un rapport intime avec l'artiste.

Comme le montre Mounier⁶⁰, dans « Préface à une réhabilitation de l'art et de l'artiste » : le besoin de l'homme est l'épanouissement d'une vie intérieure au sein d'une vie communautaire. Et pour lui, tout homme devrait participer à l'Art pour une large part de lui-même et de son temps car l'Art est communion, communion avec les hommes, communion avec l'univers. L'œuvre opère un contact entre le producteur et le contemplateur, entre les contemplateurs eux-mêmes.

⁵⁹ Merleau Ponty, M. (1985). *L'Oeil et l'Esprit*. Paris: Folio. p66

⁶⁰ Mounier, E. (1934, Oct). Préface à la réhabilitation de l'art et de l'artiste. *Esprit* . pp117 et 180

L'Art est bien le lieu privilégié d'une communication directe et immédiate des consciences, et c'est pourquoi on peut établir un lien entre la sensibilité esthétique (la capacité pour l'homme d'être sensible à la beauté) et la sociabilité naturelle d'un individu : « Le goût sera ainsi la faculté de choisir à l'unisson avec les autres ce qui plaît de façon sensible. Il est social et en tant que tel il contribue à la sociabilité et à la socialisation des agréments. » La spécificité du plaisir esthétique selon Kant, réside dans la possibilité d'être partagé pour autrui. C'est ce qu'il appelle « l'universelle communicabilité subjective du jugement esthétique » qui favorise la communication entre les consciences, supprime la séparation liée à l'individualité. Kant affirme dans sa Critique de la faculté de Juger en ce sens que le sentiment esthétique est un sentiment vital, sentiment de la vie comme totalité indivisible. On voit bien en quoi le sentiment esthétique révèle cette dimension de notre sensibilité, à savoir le fait qu'elle n'est pas exclusivement tournée vers des plaisirs privés mais qu'elle contient aussi des plaisirs d'une nature plus universelle, comme le plaisir esthétique, dont la principale caractéristique est de vouloir se partager, se communiquer à autrui.

La découverte en neurologie des neurones miroirs vient confirmer cette idée de communication directe dans la résonance émotionnelle activée par la contemplation de l'Art⁶¹. De récentes études du cerveau par imagerie ont confirmé l'expérience directe des contenus intentionnels et émotionnels d'images. La puissance psychologique de l'oeuvre de Vermeer par exemple consiste dans sa capacité d'évoquer de nombreuses situations et d'éveiller dans la mémoire un grand nombre d'événements passés. Indépendamment de la culture, il semble également y avoir certaines tendances de l'activité du cerveau associées au jugement de la beauté.

B.4 La pratique des arts plastiques implique le corps et l'esprit au travers de l'attention au monde, des facultés sensorielles et de la motricité, de la mémoire et de l'imagination et permet une distanciation

L'Art plastique est le terme utilisé pour le regroupement de toutes les activités artistiques orientées vers l'esthétique, qui produisent des œuvres à plat ou en volume telles que le dessin, la peinture, la photo, la gravure ou encore la sculpture... Il est un art visuel et permet une communication non verbale de ses ressentis et pensées.

Créer, c'est exprimer ce que l'on a en soi. Cela nécessite une attention particulière au monde qui nous entoure pour nourrir cette richesse intérieure. La peinture, comme les autres arts, est un moyen de découverte des mondes qui gravitent en nous et autour de nous. Comme le décrit Matisse, ⁶² l'artiste s'incorpore par degrés le monde extérieur, jusqu'à ce que l'objet qu'il dessine soit devenu comme une part de lui-même, jusqu'à ce qu'il l'ait en lui et qu'il puisse le projeter sur la toile comme sa propre création. L'œuvre d'Art est ainsi l'aboutissement d'un long travail d'élaboration.

La pratique de la peinture ou du dessin implique le corps moteur et l'activité mentale, et développe notamment les facultés sensorielles et la motricité de l'être humain, ses capacités intellectuelles, sa mémoire et l'imaginaire dans la recherche d'une harmonie entre le fond et la forme que représente l'idéal esthétique de l'individu. Pour s'engager dans une activité artistique, il est nécessaire de tenir le matériel, et c'est la préhension qui sera sollicitée. La position du corps face à l'œuvre peut varier selon le support chevalet, table ou mur. Cette disposition spatiale a pour effet d'engendrer une plus ou moins grande amplitude des gestes et une prise de conscience de son corps. Puis vient l'organisation de l'espace, l'agencement de la forme sur la feuille ou la toile nécessite l'intégration des notions spatiales. La peinture ou le dessin permet de découvrir des matériaux et des outils, il permet d'apprendre des savoir-faire. Le producteur apprend alors la propriété de la matière, des supports et les fonctions des outils mais aussi à faire des choix concernant les éléments plastiques : la forme (points, lignes, plan, volume), couleurs, matériaux (support, outils, type de médium) et à trouver des solutions à la réalisation de son expression. Il se rend compte de ses capacités et de son intention de les améliorer. Le producteur doit également s'interroger sur la cohérence et la pertinence de ce qu'il est en train d'élaborer. L'œuvre d'Art est

⁶¹ Lemarquis, P. (2012). *Portrait du Cerveau en Artiste*. Paris: Odile Jacob. p88

⁶² Matisse, H. (1953). *Ecrits et Propos sur l'art*. Paris: Hermann.

la trace de ce long processus de l'impression, la gestation à l'expression, l'adaptation et l'apprentissage et sa mise en circulation permet une reconnaissance de la communauté.

C. L'art-thérapie prend en soins des personnes âgées en institution, et améliore leur qualité de vie

Le pouvoir guérisseur de l'Art et de la musique est reconnu depuis les temps primitifs des sociétés de chasseurs-cueilleurs. Ceux-ci étaient convaincus qu'un esprit guérisseur pouvait être libéré en chacun par la musique et la danse. Éventuellement, celles-ci pouvaient être combinées avec des costumes et des contes ainsi que des objets et des peintures pour créer un rituel et permettre au malade de retrouver son énergie de guérison. Les chrétiens et les bouddhistes attribuent également à l'Art des pouvoirs guérisseurs et pensent que par la méditation sur certaines images ou l'écoute de certaines musiques plaçant les personnes dans un espace intérieur sacré, il soigne. L'idée de soigner le corps et l'esprit par la pratique ou l'exposition aux productions artistiques est également mentionnée dans la philosophie antique. Ainsi, Jamblique (242-323), philosophe néo-platonicien, écrivait à propos de l'enseignement de Pythagore qu'il faisait commencer l'éducation par la musique, au moyen de certaines mélodies et de certains rythmes, grâce auxquels il produisait des guérisons dans les traits de caractère et les passions des hommes, et ramenait l'harmonie entre les facultés de l'âme.⁶³

La fonction créative d'un être humain est une des seules fonctions humaines qui ne s'altère pas avec l'âge. En terme de potentialités et de ressources, en termes de patrimoine et de perceptions, en termes d'expériences et de ressentis, le sujet âgé est plus riche que le jeune ne serait-ce que parce qu'il a vécu plus longtemps. Si le sujet âgé peut avoir des impossibilités à s'exprimer ou créer cela ne concerne que ses capacités ou ses facultés mnésiques, cognitives, psychologiques ou autres, mais en rien son potentiel intrinsèque : somme consciente ou inconsciente de ses sensations, perceptions, ressentis, expériences⁶⁴.

C.1 L'art-thérapie implique l'Art dans le processus de soin et repose sur l'opération artistique qui détermine la théorie de l'Art opératoire

L'opération artistique correspond à l'« organisation d'éléments de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art »⁶⁵ et permet de comprendre les mécanismes mis en œuvre dans l'activité artistique d'une personne. Basée sur l'impression et l'expression qui stimulent le rapport entre le ressenti et le représenté qui représente la saveur existentielle et le savoir. Bien sûr il y a l'avant qui est le contexte socioculturel dans lequel naît l'accident spatio-temporel et qui représente la culture d'une société. La première phase (1) est l'existence d'un accident spatio-temporel, qui dans le cas de l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut être une œuvre d'art existant dans l'instant et l'espace. Cette œuvre va rayonner (2) dans le monde qui l'entoure, offerte à la captation sensorielle et à son traitement archaïque (3) devenant l'objet d'une attention sur un fond de sécurité représenté par l'atelier et la relation avec l'art-thérapeute. L'information est ensuite offerte à la conscience et à la cognition et gérée par l'activité mentale (4). La perception colorée par l'émotion provoque un signal moteur (5), une action qu'elle soit dans la contemplation (5') (qui est elle-même action volontaire) ou dans l'activité artistique. Cet élan dans l'activité va ensuite s'organiser (6) d'une façon précise et cohérente en impliquant le savoir-faire et la technicité afin de produire une forme artistique (7) issue de l'intériorité de la personne dans la cohérence de son intention esthétique. Dans les arts plastiques, cette phase permet une distanciation entre l'auteur et son œuvre. L'œuvre pour être reconnue en tant que telle doit être soumise au jugement d'autrui et validée par la collectivité humaine (8), que celle-ci soit représentée par l'art-thérapeute ou la communauté présente à une exposition de l'œuvre si cette dernière fait partie du projet de soin et selon l'objectif thérapeutique. Chaque élément de cette organisation représente autant de sites d'action mettant en lumière des mécanismes défaillants du

⁶³ Platel, H. (2011). Art-thérapie et démences: apports de la neuropsychologie. *Revue de neuropsychologie*, 3, pp. 205-206.

⁶⁴ Quitaud, G. (2004). *Vieillir ou Grandir*. Paris: Dangles. p232

⁶⁵ Forestier, R. (1999). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Lausanne: Favre. p172

patient sur lesquels l'art-thérapeute pourra intervenir et établir sa stratégie thérapeutique. (*Shéma de l'opération artistique en annexe2*)

« L'art-thérapie est une exploitation originale et adaptée du pouvoir expressif et des effets relationnels de l'Art », activité humaine privilégiée d'expression procurant un plaisir esthétique, dans un projet de soin. Elle repose sur la théorie des 3 B

Le Bon est cette tension existentielle où l'être humain prend conscience de son individualité et de l'orientation de sa quête existentielle. Cette tension, cette poussée corporelle, est l'élan nécessaire à l'activité artistique et implique l'estime de soi et l'affirmation d'une intention. La personne peut ressentir une harmonie avec le monde et entrer en relation selon ses capacités relationnelles et affectives. Le respect de soi, la conscience de sa nature et ses désirs lui permettent alors de s'engager dans un projet artistique dans la réalisation de son intention esthétique et d'accéder à un sentiment de fierté. Le Bien est « le passage de l'intention pure à la production »⁶⁶ et dans la mise en forme du sensible, la personne prend conscience de sa structure corporelle dans la position, les mouvements et leur coordination nécessaires à l'action mais également de son savoir-faire et de ses capacités. Il induit une réflexion sur la cohérence de l'activité avec l'objectif recherché et implique une confiance en soi. Cette activité réfléchie et intentionnelle est porteuse du style de la personne dans l'affirmation de ses choix. La communication est alors possible basée sur les capacités sociales de la personne et fait naître l'espoir d'une meilleure qualité existentielle. Le Beau vient d'un ressenti et implique l'affirmation de soi dans l'expression de son goût et de son sens esthétique. Il concerne également la production artistique et détermine si le rapport entre le fond et la forme est harmonieux et proche de l'idéal esthétique.

C.2 L'art-thérapie à dominante arts plastiques s'applique aux personnes âgées institutionnalisées

C.2.1 L'art-thérapie offre un cadre spatio-temporel sécurisant et une relation privilégiée pour engager la personne âgée dans une activité artistique, lui redonner une identité et raviver sa qualité existentielle

Le cadre est d'abord physique dans un endroit adapté et spécifiquement réservé à l'art-thérapie, créant un espace rassurant pour le patient et contenant de ses émotions et pulsions. Il comprend un éclairage adapté et dispose de tout un matériel permettant à la personne de contempler des œuvres existantes, de s'exprimer et d'éprouver du plaisir esthétique grâce aux sensations agréables que procure la manipulation de matières et d'outils variés que l'art-thérapeute adaptera aux capacités physiques et mentales de la personne. Dans le cadre d'un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques, il s'agira de livres d'Art, peinture, crayons, fusain, argile, pierre, bois, pinceaux, journaux à découper, etc...

Le cadre est également temporel par le rituel des séances, généralement le même jour de la semaine aux mêmes heures tout au long de la prise en soins. Ce cadre spatio-temporel, adapté à l'institution dans laquelle il s'applique et à ses contraintes, permet à la personne de se repérer et d'en intégrer le rituel sécurisant. Ce cadre est renforcé par le déroulement de l'atelier, également ritualisé et adapté à la personne. Ses règles de fonctionnement régissent le temps de séance et matérialise la coupure dedans/dehors de l'atelier. Les séances préliminaires sont essentielles. Elles instaurent la relation entre la personne âgée et le thérapeute et pose le cadre. La séance d'art-thérapie est un temps singulier donné à la personne âgée et un lieu particulier pour expérimenter des situations nouvelles en toute sécurité. C'est par l'installation et la permanence dans la durée du cadre spatio-temporel que l'art-thérapeute fait naître ce sentiment de sécurité. Il s'adapte aux initiatives et attitudes du patient sur un mode intuitif de communication.

Le rôle du thérapeute n'est pas d'interpréter le travail créatif, mais de soutenir le sujet dans sa transformation et de l'accompagner d'une production artistique à l'autre afin qu'il en arrive à une plus grande confiance en soi et en ses capacités. En créant, par l'expérience d'une nouvelle activité et l'attente émotionnelle qui en découle, une excitation du système nerveux, l'art-thérapeute engage la personne dans l'action par une poussée corporelle et lui permet de connaître

⁶⁶ Forestier, R. (2004). *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris: Favre. p50

une expérience sensorielle dans un cadre sécurisant et sans jugement. Ces sensations corporelles entraînent une réaction émotionnelle de plaisir ou déplaisir voire de dégoût et donc une affirmation de ses ressentis. L'art-thérapeute assiste le patient qui devient alors acteur de son soin dans l'expression de ses émotions et dans l'action volontaire de produire une œuvre. L'art-thérapie est une opportunité unique d'expression des émotions et de régulations des affects ⁶⁷. Les couleurs et les textures éveillent facilement les souvenirs émotionnels de la mémoire implicite pendant que l'activité volontaire à orientation esthétique procure une opportunité d'exprimer, comprendre et intégrer des réactions émotionnelles dans un cadre et une relation sécurisants. Dans la sécurité de ce cadre, il est possible alors de rechercher à briser l'inclinaison naturelle des personnes âgées à répéter et de modifier leur état naturel d'inertie qui s'apparente à l'attente de la mort : varier la taille d'un dessin, rajouter une couleur, découper et recoller une peinture déjà finie pour la recomposer autrement, mélanger différentes techniques ou matériaux.... L'art-thérapie s'adresse aux parties saines du patient et c'est l'être humain derrière le patient qui est considéré afin de lui donner toutes les chances d'évoluer car, comme le dit Anthony Bloom, moine orthodoxe : « A moins de regarder une personne et de voir la beauté en elle, nous ne pouvons l'aider en rien. On n'aide pas une personne en isolant ce qui ne va pas chez elle, ce qui est laid, ce qui est déformé »⁶⁸. L'art-thérapeute crée donc les conditions de l'autonomie de la personne âgée en lui donnant les moyens de devenir auteur de son projet artistique et acteur de son soin dans une coopération relationnelle. Il lui permet de prendre des risques raisonnables et l'aide à prendre conscience de ses dons, de ses capacités mais aussi de ses limites et de ses défaillances sans jugement. Il l'aide à découvrir sa représentation du monde et à l'exprimer, et crée les meilleures conditions d'apprentissage lui procurant les informations utiles et adaptées. Il crée un environnement dans lequel elle peut donner le meilleur de lui-même. La personne âgée peut alors retrouver une identité et améliorer sa qualité existentielle

C.2.2 L'art-thérapeute à dominante arts plastiques possède une connaissance des outils et de chaque médium, des effets artistiques et thérapeutiques de leur utilisation dans l'implication corporelle

Il est conscient, en tant qu'artiste, de l'importance du médium choisi dans l'intention esthétique du patient et en tant que thérapeute, de l'exigence de son utilisation avec succès dans la limite des capacités du patient mais aussi de la portée de son utilisation dans l'atteinte de l'objectif thérapeutique. Le matériel peut être plus ou moins complexe à utiliser et nécessiter une dextérité et des capacités cognitives dont l'art-thérapeute doit avoir conscience dans l'élaboration de ses consignes. Les matériaux selon leur fluidité⁶⁹ nécessitent des mouvements plus ou moins amples, une sensation interne du mouvement de certaines parties du corps, une perception de la position et donc de la structure corporelle. L'art-thérapeute amène la personne à se redresser pour bien observer sa production, à prendre le recul essentiel à l'adaptation des gestes afin d'ajuster la disposition spatiale de la réalisation. Ces mouvements peuvent avoir un effet carthartique en faisant appel à la mémoire implicite. Certains matériaux ou l'utilisation spécifique de matériaux comme l'argile, l'aquarelle ou la peinture au doigt font appel à des sensations tactiles et des perceptions haptiques*. Les informations cutanées s'ajoutent aux informations proprioceptives* et nécessitent un travail d'intégration par le système nerveux. Dans l'élaboration de la forme et l'agencement spatiale de l'expression, l'art-thérapeute prend également en compte le nombre d'étapes nécessaires au type de production. Il peut soutenir l'implication du patient dans la durée et le projeter dans l'avenir. C'est également en observant la manière de structurer l'espace, de disposer les formes, d'utiliser les couleurs, d'associer les idées que le patient parvient à donner un sens à sa création et à maintenir ses fonctions cognitives.

C.2.3 L'art-thérapie utilise l'acte volontaire de mise en forme du sensible pour engager la personne âgée dans un projet artistique et lui permettre d'affirmer ses goûts et son style

L'art-thérapie, par l'expérience du plaisir esthétique et la découverte de son idéal esthétique,

⁶⁷ Carr, N. H.-C. (2008). *Art Therapy and Clinical Neuroscience*. Londres: Jessica Kingsley Publishers. p31

⁶⁸ Diocèse. (2011). *Ouvre mes yeux*. Dimanche de la Santé.

⁶⁹ Lusebrink, V. (1990). *Imagery and Visual Expression in Therapy*. Basic Books.pp95&105

donne à la personne une direction à sa recherche du bonheur, dans la contemplation puis dans l'expression. Par l'implication sensorielle, corporelle et mentale dans l'activité artistique, elle incite donc la personne âgée à agir et à s'engager dans un projet artistique et à éprouver des gratifications sensorielles qui valorisent son estime de soi. Par la mise en forme de son expression, elle affirme ses goûts et son style. Sa personnalité va en effet colorer d'une manière unique le fond et la forme de l'œuvre par ses gestes et ses choix. Le support va accueillir l'empreinte personnelle du patient et lui permettre d'affirmer sa personnalité. La matérialité de l'œuvre, dont on peut conserver la trace, permet d'accroître le sentiment de compétence dans l'utilisation des techniques et d'accroître la confiance en soi du patient qui augmente au fil des productions. Avec la peinture acrylique, par exemple, le patient peut ainsi indéfiniment revenir sur la toile et écarter la peur inhibitrice de mal faire. Le patient peut ainsi éprouver un plaisir et plus de fierté dans l'effort requis. L'art plastique peut par la même favoriser l'engagement et l'implication de la personne prise en soins dans la durée. 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, ou de l'acquisition de nouvelles connaissances techniques, projette la personne dans l'avenir et procure un espoir à la personne âgée. Enfin, le traitement mondain est facilité avec l'art plastique qu'il s'agisse du regard de l'art-thérapeute, de l'entourage ou de l'exposition si elle fait partie du processus de soin. La personne peut exposer ses productions et trouver la reconnaissance de la communauté. Cette trace imprime l'expérience positive dans l'espace et dans le temps.

C.2.4 L'art-thérapie répond aux besoins d'expression, de communication et de relation des personnes âgées

Nous l'avons vu précédemment, l'accomplissement d'actions répondant à leurs goûts et leurs aspirations motive les personnes âgées, leur permet de se réaliser et de se projeter dans l'avenir. Dans la pratique artistique elles trouvent un moyen privilégié d'expression, de communication et de relation. Elle favorise l'expression verbale et non verbale, pour laisser libre cours à la fonction créatrice, à l'imagination, aux capacités esthétiques de la personne, en utilisant le pouvoir expressif et sensoriel lié à l'activité artistique, ainsi qu'en utilisant le pouvoir relationnel de l'art dans une communication hors verbale. Les diverses opérations de sélection et d'organisation des éléments plastiques (couleurs, formes, matériel, supports), les choix concernant le fond et la forme vont amener la personne âgée à s'exprimer, à communiquer et entrer en relation avec l'art-thérapeute. La communication « se caractérise par des échanges sur la représentation avec le verbal ou le non verbal » tandis que la relation est « un lien fondé sur les ressentis et est souvent exprimée par le hors verbal »⁷⁰ Dans son besoin d'apprendre, la personne âgée va solliciter ses capacités sensorielles, cognitives et motrices pour s'adapter et trouver des solutions à de nouvelles situations, ainsi qu'acquérir de nouveaux apprentissages dans un cadre privilégié et dans la confiance. La personne âgée sort peu à peu de son isolement social.

L'Art offre ainsi à la personne la possibilité de s'accorder de nouvelles façons d'être au monde. En s'estimant et en ayant une meilleure confiance en soi, c'est de manière plus sereine que la personne pourra interagir et entrer en communication et en relation avec son environnement, et par la même améliorer sa qualité de vie.

⁷⁰ Forestier, R. (2011). *Tout savoir sur la musicothérapie*. Lausanne: Favre SA. p97

Partie II: Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques est proposée à plusieurs résidents de l'établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Chevriers, à Mayet, Sarthe

A. L'EHPAD de Mayet offre des prestations médicalisées à une population âgée rurale de plus en plus dépendante

A.1. L'entrée en institution est plus tardive dans ce milieu rural

Installé en milieu rural, l'EHPAD des Chevriers accueille 108 résidents principalement issus des villages environnants. La plus ancienne pensionnaire y réside depuis 1958 et a aujourd'hui 85 ans, trois personnes ont atteint 100 ans cette année. Le nombre de personnes âgées dépendantes est en augmentation constante. Elles représentent plus de 50% des résidents pour les plus dépendantes d'entre elles contre 5% pour les personnes les plus alertes selon la grille AGGIR⁷¹. Deux unités pour personnes désorientées (UPAD) accueillent une population ciblée de patients souffrant de maladie d'Alzheimer et dispose d'un personnel qualifié, formé et soutenu, d'un projet spécifique de soin et un projet de vie personnalisé. L'environnement architectural y est adapté et indépendant du reste de la structure.

L'établissement est en travaux d'agrandissement qui prennent beaucoup de retard et génèrent beaucoup de perturbations.

A.2. L'équipe soignante pluridisciplinaire a pour mission de maintenir l'autonomie du résident en veillant à son confort

Devant le phénomène croissant de la dépendance et du besoin exponentiel en soins, le personnel n'a cessé d'augmenter pour faire face à la polypathologie naturellement liée à l'âge avec prise en charge (rhumatologie, diabète, cardiologie, neurologie, incontinence urinaire (70% des résidents en 2008), douleur), à des préventions spécifiques (perte d'autonomie motrice et/ou intellectuelle, escarres, chutes, dénutrition, dépression) et des préventions générales (nosocomiales*, épidémiologiques, canicule)

L'équipe de soins se compose : du médecin coordonnateur, d'une cadre de santé, de 4 infirmières, de 20 aides-soignantes, de 60 agents des services hospitaliers et de 2 aides médico-psychologiques. Deux agents de nuit se relaient pour veiller au bien-être et au confort des résidents la nuit. Des agents aux services lingerie, restauration et entretien viennent compléter la liste du personnel. Le reste de l'équipe est composé d'intervenants extérieurs dans le cadre d'un mouvement de coopération entre établissements proches : Diététicienne, infirmière hygiéniste et ingénieur qualité, psychologue, kinésithérapeute et enfin ergothérapeute. Chacun venant en moyenne un jour par semaine. L'animation est confiée au personnel soignant et il n'y a pas d'art-thérapeute dans l'établissement.

A.1. L'atelier d'art-thérapie se met en place dans l'établissement en prenant en soins des personnes âgées sur indication de l'équipe médicale

B.1 Les valeurs de l'établissement concernent l'accueil, le soin, l'accompagnement et les relations sociales

Un EHPAD a pour but d'accueillir, en préservant leur espace de vie privatif, des personnes âgées dont l'autonomie est en perte ou compromise, dans le respect de leur dignité et dans les meilleures conditions d'hygiène, de confort, d'écoute et de sécurité. Le personnel dispense des soins personnalisés dans des conditions techniques et matérielles adaptées pour donner aux résidents la meilleure santé possible en recherchant un maximum d'autonomie. Il accompagne la personne âgée durant tout son séjour quelque soit l'issue et quelque soit le handicap, en complémentarité avec la famille et en maintenant les liens affectifs du résident avec son

⁷¹ Elaborée au cours de l'année 1997, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique et psychique dans l'accomplissement des actes quotidiens de la personne et de regrouper les personnes âgées en 6 Groupes Iso-Ressources ou GIR.

environnement social et personnel. L'art-thérapie s'inscrit dans l'objectif de l'établissement d'encourager les initiatives du résident et de favoriser les activités individuelles ou collectives leur permettant de maintenir ou de retrouver les relations sociales en tenant compte de ses désirs et en respectant ses choix.

B.2 La mise en place d'un atelier d'art-thérapie a suivi un temps d'observation, de présentation au personnel et de rencontre des résidents

B.2.1 L'art-thérapie, nouvelle discipline dans l'établissement, est présentée à l'équipe pluridisciplinaire et aux patients

La rencontre du personnel, malgré le remaniement des équipes, a permis de comprendre les relations particulières que chacun entretenait avec les résidents mais aussi de créer des liens professionnels et de prendre place dans l'équipe paramédicale. Une relation privilégiée s'installe avec le cadre de santé et permet une prise de connaissance du milieu plus approfondie, dans sa vie interne et ses mécanismes. L'art-thérapie est également au centre des discussions, notamment son intégration dans l'établissement et son apport face aux difficultés exposées. Une présentation de l'art-thérapie et de ses objectifs thérapeutiques lors des réunions de synthèse a été nécessaire pour répondre aux nombreuses questions du personnel sur l'art-thérapie. Une liste initiale de 14 résidents de l'EHPAD ET UPAD, sur indication du cadre de santé et des infirmières a ensuite été élaborée en vue d'une prise en soins en art-thérapie. Une visite à chacune de ces personnes a permis de connaître leurs besoins et capacités esthétiques et de vérifier qu'ils rentraient dans les indications sanitaires de l'art-thérapie. La collaboration avec le personnel soignant est parfois difficile car les équipes, déjà mécontentes du retard des travaux en cours, viennent d'être remaniées. Le stress est palpable et il est parfois compliqué de trouver disponible la personne en charge du patient. La visite du bureau des infirmières permet cependant à la stagiaire art-thérapeute de consulter les dossiers des patients, de prendre connaissance des histoires de vie et des anamnèses et de discuter avec les infirmières des prises en soins, des pathologies et des personnalités de chaque patient.

B.2.2 L'atelier d'art-thérapie marque un cadre spatio-temporel spécifique

Un atelier a été ensuite mis en place en deux temps à cause des travaux en cours. Le stage d'art-thérapie a d'abord débuté dans une grande salle bien éclairée attenante à la salle à manger. Bruyante et comprenant de nombreuses portes, elle ne pouvait cependant garantir le cadre sécurisant des séances qui se voyaient parfois interrompues par l'irruption du personnel. Il est important que le lieu soit fermé et calme (sans aller et venue) afin que le patient se sente dans un espace protégé, dédié uniquement à l'activité artistique dans lequel il peut s'exprimer en toute confiance. La stagiaire art-thérapeute a donc volontairement favorisé une plus petite pièce située entre les deux UPAD dans la partie neuve de l'établissement près d'un ascenseur conduisant aux différents étages de l'EHPAD, avec une vue sur un jardin et plus loin la campagne. Ses murs violets couverts des productions colorées des patients ont, au fil des séances, créé un espace unique et différent du reste de l'EHPAD. Selon les besoins de la prise en soins d'art-thérapie à dominante arts plastiques, l'atelier est principalement équipé de matériel pour les arts plastiques. Les matériaux proposés sont multiples et offrent une grande adaptation à l'envie du patient et une source d'apprentissage et de découvertes. Des feutres, des crayons de couleurs, des pastels gras, des pastels secs, de l'encre, de la peinture acrylique et aquarelle avec différents types de pinceaux, spatules, morceaux de carton etc... ainsi que des matériaux à coller : journaux, magazines, objets... Les supports sont papier, feuille cartonnée, carton. La stagiaire art-thérapeute apporte également des supports de référence comme des images, des livres, des poèmes qui pourront inspirer, provoquer l'envie et l'imagination du patient. L'équipe d'entretien collabore à la mise en place et procure seaux, palettes, éponges, chiffons, grands morceaux de carton comme support et tout ce qu'ils imaginent utile aux séances. La collaboration durera tout le long du stage. La lingerie donne des blouses usagées. L'art-thérapeute amène également un moyen sonore de jouer des musiques sélectionnées selon les capacités auditives des patients. Les prises en soins individuelles se succèdent de février à mai 2013. Le temps des séances est variable, allant de 45 minutes à 1 heure et 30 minutes selon les patients, leur capacité de

concentration et leur fatigabilité. Le déroulement de l'atelier a une structure précise. L'art-thérapeute va chercher la plupart des patients dans leur chambre, sauf dans des cas exceptionnels et révélateurs d'implication du patient comme nous le verrons plus tard. Le trajet est l'occasion de prendre des nouvelles et de situer la dynamique du patient dans le présent, son humeur, s'il est fatigué, motivé, déprimé... Une fois dans la salle, un petit temps est consacré à l'accueil pour resituer le patient dans l'atelier et le présent de l'activité artistique, ses envies et ses choix. S'il a du mal à mémoriser les séances, les œuvres précédentes sont à nouveau regardées et commentées. Des petits jeux créatifs basés sur les sens sont parfois nécessaires pour ramener l'attention de la personne dans ses sensations et ses perceptions. Puis l'activité artistique débute rapidement pour que les inhibitions et les doutes n'entravent pas l'intention artistique. Le revêtement de la blouse marque le début de l'action où l'attention tout entière se porte sur l'œuvre. L'opération artistique se met en place et permet l'observation par l'art-thérapeute qui se « cale » sur le patient et l'accompagne dans son action. Le silence s'installe parfois, la communication verbale étant laissée au choix ou aux besoins du patient. L'intervention du stagiaire est parfois nécessaire au travers de conseils ou d'exercices, notamment lors des premières séances, lorsque le patient se sent démuni et a besoin d'un support technique. La stagiaire art-thérapeute doit pouvoir accueillir les débordements d'émotions. En fin de séance, un temps est pris pour contempler la production et pour le patient d'évaluer sa satisfaction esthétique (le beau), technique (le bien) et dans l'action (le bon). Cette évaluation permet au patient de développer son idéal esthétique et d'y répondre. Elle permet également au stagiaire de mettre en évidence la subjectivité perceptive de la personne et d'y adapter sa stratégie thérapeutique. La discussion autour des changements à appliquer, du devenir de la production, de nouvelles idées à mettre en place la semaine suivante, etc... impliquent toujours plus la personne âgée dans le projet artistique et lui permet de se projeter dans l'avenir. La stagiaire art-thérapeute rappelle cependant que la participation à l'atelier est toujours au choix du patient. Le lavage des ustensiles et des mains, marque la fin de la séance et l'art-thérapeute raccompagne la personne dans sa chambre ou le lieu de son choix. Ce trajet permet à la stagiaire d'observer les changements dans l'attitude et l'objet du regard du patient. En effet, celui-ci devient parfois attentif à des éléments de son environnement, ignorés jusque là, comme la couleur d'un poisson d'aquarium, le sujet d'un élément de décoration ou les couleurs utilisées.

B.3 La prise en soins des patients permet la mise en place des outils spécifiques à l'art-thérapie

B.3.1 Au regard de l'opération artistique une stratégie thérapeutique est élaborée

Lorsque l'indication médicale a été établie, l'art-thérapeute travaille avec une équipe pluridisciplinaire en élaborant un protocole thérapeutique adapté à chaque patient et en fonction des objectifs fixés. Le projet thérapeutique détermine un état de base, ainsi que des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour atteindre une modification positive de cet état de base initial nécessitant la prise en soins. La connaissance de l'opération artistique et des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique permet à la stagiaire d'identifier les sites d'actions ou mécanismes défaillants chez le patient et d'organiser une stratégie thérapeutique. Elle représente l'organisation réfléchie et adaptée de l'action thérapeutique menée avec le patient. Une fiche d'ouverture est établie reprenant les raisons de la prise en soins, les objectifs généraux et intermédiaires, la méthode d'évaluation et son contexte. L'activité artistique peut alors avoir lieu. L'art-thérapeute revient sans cesse aux fondements conceptuels de l'activité artistique pour situer les mécanismes défaillants du patient et les sites d'action dans la poursuite des objectifs de sa stratégie thérapeutique. Un tableau (*présenté en annexe 1*) lui permet une visualisation indispensable et une vérification de son action thérapeutique.

B.3.2 L'évaluation est un élément incontournable de l'action thérapeutique

L'évaluation permet d'analyser l'évolution de la prise en soins thérapeutique et de mesurer objectivement les informations recueillies sur la fiche d'observation pour les analyser et permettre une synthèse du travail effectué. La fiche d'observation est un recueil de données, outil confidentiel et personnel à l'art-thérapeute. Les fonctions principales de cette fiche sont de garder

en mémoire tous les éléments constitutifs de la séance, d'aider à organiser les items pour les traiter par la suite, et de mettre en évidence les faits marquants qui auront une influence sur le cheminement thérapeutique.

Elle est divisée en plusieurs rubriques qui reprennent l'état de base du patient, son intention esthétique, son intention sanitaire, les objectifs généraux et intermédiaires et les items et faisceaux d'items d'observation qui décrivent le comportement du patient dans le phénomène artistique (partie observable de l'opération artistique) dans l'impression, intention, action, production, et au regard des capacités relationnelles du patient. En fin de prise en soins, une fiche de clôture comprend la synthèse et le bilan. La synthèse permet d'apprécier le résultat des évaluations sur l'objectif général fixe en s'appuyant sur l'analyse des items et l'évolution du patient dans son quotidien. Le bilan reprend les conclusions et mentionne objectifs généraux, conclusion des évaluations, description des séances, faits marquants, suivi et retentissement de la prise en soins dans la vie quotidienne du patient. Il figure dans le dossier médical du patient

C Deux études de cas ont été choisies pour présenter des résultats différents des séances d'art-thérapie

C.1 Monsieur G. bénéficie de 14 séances individuelles d'art-thérapie à dominante arts plastiques

C.1.1 L'anamnèse de monsieur G. révèle une apathie et un manque d'implication dans son lieu de vie

Mr G. a 72 ans, et de carrure imposante, il se déplace en fauteuil roulant et a une main gauche invalide à 70%. Lors de notre première rencontre, il accueille la stagiaire art-thérapeute avec le sourire et se dit heureux de l'attention mais révèle ne pas avoir d'intention esthétique. Il est souvent seul dans sa chambre la porte fermée et dit « s'ennuyer et peu s'entendre avec les autres résidents qu'ils trouvent trop râleurs et exigeants ». C'est la raison pour laquelle il ne veut pas se joindre à eux pour jouer aux cartes ni participer aux animations. De plus, sa surdité l'empêche de pouvoir communiquer dans le brouhaha d'un groupe. Le personnel le trouve gentil mais peu impliqué. Mr G. n'est pas enclin à parler de lui et de sa vie, ses réponses sont vagues. De son histoire de vie, dont le récit se construira au fil des séances, il n'est connu au jour de la rencontre que son isolement social, sans aucune visite familiale ou amicale même si le dossier mentionne qu'il a une fille que personne n'a jamais vu dans l'établissement. Il racontera que sa mère est morte de tuberculose lorsqu'il avait 9 ans, et que du remariage de son père, il a une demi-sœur qui est décédée en décembre 2012. Chauffeur, livreur il se marie mais sa femme meurt à 25 ans. Il n'a pas revu leur fille unique depuis qu'il a vécu un grave accident de la circulation en 1983 qui l'invalide et l'oblige à deux ans d'hospitalisation souffrant d'un poly-traumatisme et trauma cranio-facial avec coma, de multiples interventions pour fractures et une splénectomie (ablation chirurgicale de la rate). Il souffre aujourd'hui d'une maladie thrombo-embolique récidivante responsable d'une maladie post-phlébétique séquellaire sans traitement chirurgical possible, responsables d'ulcères cutanés des membres inférieurs d'origine veino-lymphatique, nécessitant une prise en soins lourde (extérieure à la maison de retraite), un déplacement en chaise roulante et une majoration du caractère douloureux qui nécessite un traitement morphinique. Il a subi de nombreuses opérations comme une prothèse totale de la hanche gauche en 2010 et une opération de la cataracte la même année. Il souffre également d'une hyperplasie de la prostate, d'un diabète non-insulino dépendant, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie. Un scanner en juin 2008 a démontré une démence modérée, de type corticale à prédominance frontale dont les troubles cognitifs non évolutifs ont été évalués à un MMS⁷² à 18/30. Le dossier psychologique indique que les capacités d'apprentissage sont préservées et qu'il n'y a pas de troubles majeurs de la reconnaissance et des praxies. Mais la mémoire de travail est déficiente et le rappel altéré avec des troubles de l'écriture, des troubles de l'attention et de résolution des problèmes. Selon la psychologue, il démontre un caractère coopérant mais sensible à la mise en échec. Il est apte à

⁷² M.M.S.E. (Mini Mental State Examination) : méthode simple d'évaluation de l'état mental par un score compris entre 0 et 30 . QUEVAUVILLIERS, Jacques : Dictionnaire médical de poche, Masson, 2007

gérer son argent.

C.1.2 Une stratégie thérapeutique est établie afin de lui permettre de s'engager dans une activité artistique et de lui donner confiance en lui

L'objectif thérapeutique général de l'équipe médicale est de lutter contre l'apathie. En effet, monsieur G. s'investit peu dans la vie de l'établissement et sa vie en général, refuse de faire des choix, se contente de suivre les horaires des soins (longs, matin et soir) et des repas, passant le reste du temps seul dans sa chambre sans activité particulière si ce n'est de regarder la télé. L'objectif général art thérapeutique est de lutter contre l'apathie en ravivant sa qualité existentielle et en lui donnant confiance en lui. Des objectifs intermédiaires sont également fixés pour atteindre cet objectif :

- * Enrichir ses impressions pour que les gratifications sensorielles ravivent l'intentionnalité et l'estime de soi et lui permettent de s'engager dans un projet artistique

- * Stimuler et valoriser ses capacités restantes dans un cadre spatio-temporel pour modérer sa peur de l'échec et qu'il se projette dans l'avenir

- * Stimuler sa capacité d'expression et restaurer l'affirmation de ses goûts et de son style dans une activité artistique pour qu'il regagne confiance en lui et lui permettre la reconnaissance des résidents et des soignants

Les moyens prévus sont des séances individuelles hebdomadaires d'1h à 1h30 en s'appuyant sur la relation art-thérapeute/patient pour placer Mr G. dans un cadre de sécurité. Les arts plastiques sont choisis suivant son handicap, fauteuil roulant, surdité et main paralysée, ses troubles de l'écriture.

Pour stimuler le (3) et le (4) de l'opération artistique, nous pouvons agir en (1) en essayant de trouver un élément qui permettrait de déclencher la tension nécessaire à la mise en place d'une activité artistique en (5). Encore faut-il nous assurer que la captation (2) n'entrave pas le processus. Nous pouvons également stimuler le (3) et le (4) par la mise en place d'un exercice (6) orienté vers une recherche esthétique qui aurait pour objectif de renforcer par sa réussite technique la confiance en soi de Mr G. et de provoquer une gratification en (5) et (6) (Bien), voir en (7) et (8) (Beau), ces gratifications étant elles-mêmes des informations propres à modifier l'état de base en (3) et (4). Une fois son estime de soi valorisée et sa confiance en soi retrouvée, nous pourrions tenter d'intégrer Mr G à une prise en soins collective lui permettant de créer de nouveaux liens sociaux sous-tendus par la pratique de l'activité artistique. Lors d'une première rencontre, Mr G. n'exprime pas de goût, ni d'intérêt particulier pouvant être déclencheur à l'activité artistique. Mais la relation avec l'art-thérapeute est installée et la bonne volonté de Mr G. peut servir de support à la mise en place d'un exercice orienté vers une recherche esthétique qui aurait pour objectif de provoquer une gratification dans l'apprentissage voire dans l'aboutissement d'une œuvre. Il s'agit par le biais d'un apprentissage technique valorisant d'établir un principe d'idéalisation, de créer chez Mr G. une image mentale d'un idéal esthétique pour qu'il mette en œuvre toutes ses capacités techniques pour obtenir ce résultat recherché. L'art-thérapeute pourra ensuite utiliser le travail d'élaboration, de recherche et de cohérence entre son idée intérieure et la mise en forme extérieure de son idée ainsi que l'auto évaluation de satisfaction dans l'action et dans le résultat pour améliorer son estime de soi, sa confiance en lui et approfondir son engagement dans l'activité artistique.

C.1.3 La description des 14 séances individuelles démontre un engagement toujours plus important dans l'activité artistique

La *première séance* a pour objectif d'établir une relation entre patient et stagiaire art-thérapeute dans la découverte d'une nouvelle activité et de connaître les capacités motrices et cognitives de Mr G. Il révèle très peu d'intérêt pour les œuvres présentées et nous passons très rapidement à l'activité pour ne pas perdre son intérêt pour la séance. Dessiner un simple trait fait remonter chez lui une angoisse révélée par une respiration plus lourde. Il accepte cependant de persévérer en suivant attentivement l'art-thérapeute dans ses démonstrations. Il n'est pas encore engagé dans l'activité mais dans la relation avec la stagiaire dont il veut conserver l'attention. Nous faisons des exercices de gribouillage qui révèle son peu d'accès à l'imaginaire. Le passage à la couleur

avec des crayons marque un refus total de faire des choix même devant un panel toujours plus réduit. La stagiaire doit alors faire appel à tout un jeu de dédramatisation par le rire et la comédie pour obtenir le premier choix qui est fêté comme une victoire. Ce jeu théâtral continuera de la 1^{ère} à la dernière séance et permettra à Mr G. de dédramatiser les risques de son implication. Une fois la consigne intégrée, l'action elle-même est appréciée même si son attention est perturbée par les travaux extérieurs.

Les *séances 2 et 3* ont pour objectif de trouver un idéal et une intention esthétique par des exercices didactiques dirigés. La réalisation de ces exercices, encouragés par la confiance dans la stagiaire art-thérapeute, permet à Mr G. de prendre conscience et confiance en ses capacités, d'amorcer l'affirmation de son goût dans le choix du médium, des couleurs et des formes. Il s'agit de trouver le médium qui procurera le plus de gratifications sensorielles en correspondant aux capacités motrices et en pouvant les améliorer. Il reste très attentif aux travaux extérieurs mais commence à parler un peu plus de sa vie, de souvenirs qu'il semble retrouver. Les *séances 4, 5 et 6* sont dédiées à la mise en forme d'une production qui nécessite dessin, choix de formes et de couleurs, coloriage afin de donner à Mr G. la satisfaction d'un projet personnel abouti. Chaque choix requiert un jeu de dédramatisation important et la relation reste la structure de l'engagement de Mr G. Mais sa concentration est moins interrompue, absorbée par l'exigence de la tâche. En séance 5, alors que la stagiaire s'apprête à aller le chercher, elle trouve Mr G. devant la porte. Il lui rappelle avec un grand sourire qu'elle lui avait mentionné à la séance précédente qu'elle serait heureuse de le voir venir seul à l'atelier. La séance 6 marque l'ouverture du nouvel atelier. Ses étagères couvertes de papiers, peintures, ustensiles, livres etc... les œuvres des patients accrochées au mur, sa petite taille plus conviviale, son unique porte fermée, sa vue sur un petit jardin zen donnent à l'atelier sa couleur d'utilisation singulière que Mr G. semble apprécier avec un plaisir évident en s'appropriant mieux l'espace. La *séance 7* a pour objectif de renforcer la confiance technique amorcée en séance 6 et de débiter l'affirmation d'un style. Mr G. n'a pas bien dormi et se sent fatigué mais se dit heureux de retrouver l'atelier. Il observe le mandala qu'il a terminé la séance précédente et avoue en être étonné lui-même. Il tire une fierté dans l'effort accompli et parle avec humour d'avoir réussi « à la sueur de son front ». Il entreprend le coloriage d'un personnage esquissé lors d'un exercice de gribouillage de la séance 1 sur lequel il porte une attention totale pendant l'heure et demie nécessaire à la production. Il se dit satisfait du résultat. Il accepte d'augmenter le défi technique en essayant la peinture acrylique à la prochaine séance. En *séance 8*, il découvre donc l'acrylique, médium avec lequel il se révélera le plus confortable (après aquarelle, crayons et pastels) au fil des séances suivantes. L'objectif de cette séance est l'approfondissement de ses capacités motrices et de ses connaissances techniques par l'affirmation d'un style. Jouant d'abord avec le pinceau, Mr G. prend connaissance des propriétés de la peinture et de son application spécifique, en restant principalement dans l'Art I. Puis il l'applique sur une esquisse préparée par la stagiaire. Il démontre toujours plus d'initiatives notamment dans la mise en place de l'activité, trouvant des solutions techniques originales aux problèmes rencontrés. L'activité est concentrée sur l'action elle-même, l'évolution de la peinture et de ses couches sur la feuille, sur le mélange des couleurs sur la palette que sur les choix eux-mêmes imposés par la stagiaire. Son regard semble s'élargir sur l'environnement car il s'intéresse aux œuvres des autres patients et les commentent avec beaucoup de sympathie dans leur originalité, leur réussite technique, la beauté de l'ensemble. En *séance 9*, il continue sa production avec une aisance plus évidente dans les coups de pinceau. Le côté technique de l'acrylique l'intéresse. En prévision de la semaine suivante, nous décidons en commun de continuer l'acrylique. Il choisit le thème de la mer et du bateau pour lesquels il me demande de trouver un modèle « pas trop compliqué »

Les *séances 10 à 13* ont pour objectif l'élaboration et production d'une œuvre personnelle confirmant l'engagement, permettant l'affirmation du goût et du style, procurant des gratifications sensorielles tout en maintenant et améliorant les capacités motrices et cognitives dans la recherche de solutions pour la mise en forme de l'idéal esthétique. Mr G. est de mauvaise humeur au début de la séance 10 car les aides soignantes l'ont emmené chez le coiffeur et il a eu peur de manquer la séance. Mr G. fait d'abord un choix sans hésitation entre les modèles proposés en les commentant et justifiant son choix. Il dessine puis mélange les couleurs qu'il a

choisi sous les conseils de l'art-thérapeute avant de commencer les premières couches. La production sera régulièrement observée et commentée pour s'adapter à l'idéal esthétique de Mr G. et apporter les retouches nécessaires. Il montrera avoir bien intégré les qualités de l'acrylique et, notamment les possibilités de retouches, en se rassurant lui-même après avoir fait une erreur entraînant une angoisse passagère. Le patient mentionne deux fois la solitude pendant la séance. Lors du choix du modèle, il s'arrête sur la photo d'une unique barque échouée sur la plage et suggère à la stagiaire art-thérapeute de dessiner une autre barque pour qu'elle ne soit plus seule. Au cœur de l'activité artistique, alors que Mr G. est concentré sur la tâche et que la stagiaire met une musique pour l'accompagner dans sa concentration et supporter son attention, il dit à l'écoute de la voix de l'artiste que cela fera une personne de plus dans l'atelier. La stagiaire lui suggère alors une prise en soins de groupe, à laquelle il répond cependant qu'il apprécie que ces séances soient individuelles. Alors qu'il est absorbé par l'activité, il annonce soudain qu'il a décidé de peindre des tableaux pour décorer sa chambre avec pour sujet les arbres notamment le pommier. En séance 11 il est fatigué par une visite à l'hôpital pour ses pieds et semble abattu. Mais il est heureux de voir l'art-thérapeute et la salue d'un « tout va mieux quand vous êtes là ». Sa fatigue ne l'empêche pas de s'engager dans l'activité et de prendre des initiatives dans la composition, opposées aux suggestions de la stagiaire. Il fait des rectifications de couleurs. Pour la première fois, il pose des questions sur le métier d'art-thérapeute et commente la présence de cette discipline dans l'établissement avec enthousiasme. La séance 12 est consacrée aux finitions. Je trouve Mr G. dans le couloir avant la l'heure de la séance. Il me dit que les aides soignantes voulaient l'emmener en animation et que fâché, il est parti pour attendre dans le couloir de l'atelier. Son expression verbale est plus orientée vers des souvenirs personnels, il parle de lui-même de ce qui l'intéressait dans le passé, de ses peurs, du confort de la présence de ses animaux domestiques. Il n'a pas envie de partir de l'atelier et dit avoir envie de venir plus souvent. L'éventualité d'une exposition de ses œuvres et de celles d'une autre patiente est discutée ensemble puis avec le directeur de l'établissement. La séance 13 est donc dédiée à la signature des tableaux qui nécessite que Mr G. s'entraîne un long moment à l'écriture. Il retrouve l'angoisse des premières séances et la peur de mal faire. Nous répétons le geste de la signature face à face, puis il essaie de trouver son style et accepte enfin de l'appliquer sur 4 œuvres que j'encadre avec lui. Il trouve sa production belle et avoue qu'il n'aurait jamais cru être capable de la réaliser.

La *dernière séance* a lieu à l'exposition des tableaux dans un lieu de passage menant à la salle à manger à l'heure du repas. Le cadre de santé et le directeur de l'établissement sont là ainsi qu'un technicien. Mr G. est près de ses œuvres, fier mais humble devant les commentaires des soignants ou des résidents auxquels il répond qu'il est le premier surpris et que cela lui a demandé du travail Certains résidents sont agacés car pressés de prendre leur repas mais il ne semble pas prendre ombrage. Une fois revenu dans sa chambre, Mr G. dit être content bien que commentant que certains seront sûrement jaloux de sa chance et feront de mauvais commentaires. L'exposition a également permis de présenter l'art-thérapie, ses objectifs et ses modalités, sur une affiche à l'attention des résidents et leurs familles, des soignants et agents.

C.1.4 Afin d'évaluer les progrès de monsieur G., les items d'observation concernant son engagement dans l'activité, sa concentration, son plaisir dans l'action et son affirmation de choix sont présentés graphiquement

Au cours de 14 séances et des différents exercices, chacun avec des objectifs spécifiques au processus thérapeutique et portant sur des sites d'action particuliers, ont permis d'établir des items d'observation et d'évaluer l'atteinte ou non de l'objectif général.

Les faisceaux d'items d'observation du phénomène artistique observés sont au niveau de

- *l'intention (la personne)* : l'engagement (5. Vient de soi-même ; 4. Attend qu'on aille la chercher ; 3. Retard ; 2. A oublié ; 1. Refuse) ; l'implication (5. S'engage spontanément dans l'activité ; 4. Exprime son intérêt ; 3. Se laisse guider ; 2. Subit avec réticence ; 1. Refuse) ; l'attention/concentration (5. Reste concentrée ; 4. Revient de soi-même à l'exercice ; 3. Besoin d'un rappel ; 2. Se décourage devant la difficulté ; 1. S'arrête avant la fin) ; le plaisir dans l'action (5. Plaisir verbalisé ; 4. Plaisir démontré (sourires) ; 3. Plaisir indécélable ; 2. Déplaisir démontré (tension visage) 1. Déplaisir verbalisé) ; fatigabilité (5. Dynamique ; 4. Actif ;

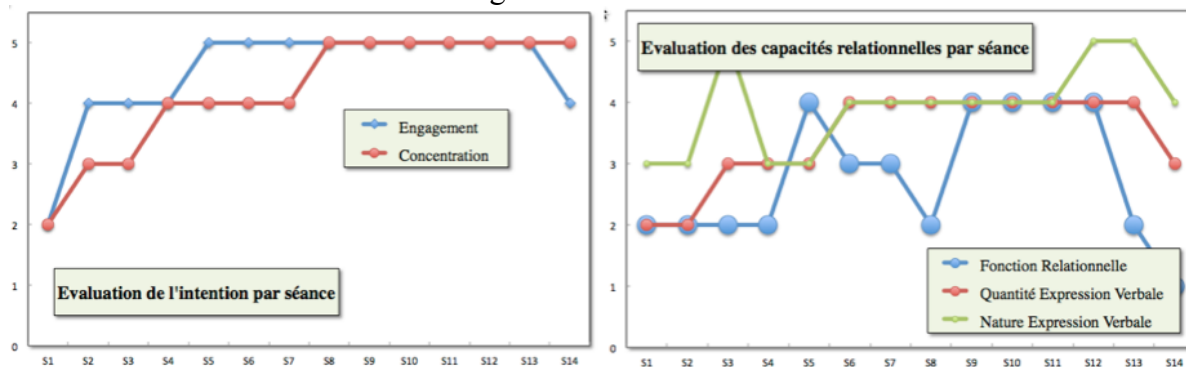
3. Calme ; 2. Fatigue ; 1. Fatigue importante)

- *l'action (l'activité):* dextérité (5. Fine ; 4. Adaptée 3. Limitée/ ponctuelle; 2. Grossière ; 1. Impossible) ; autonomie gestuelle (5. Autonomie ; 4. Soutien verbal ; 3. Soutien partiel ; 2. Soutien permanent de la main 1. Aucune gestuelle) ; choix (5. Autonome 4. Parfois 3. Rare 2. Réticent 1. Jamais) ; initiatives (5. Nombreuses 4. Quelques 3. Rares 2. Une 1. Aucune)

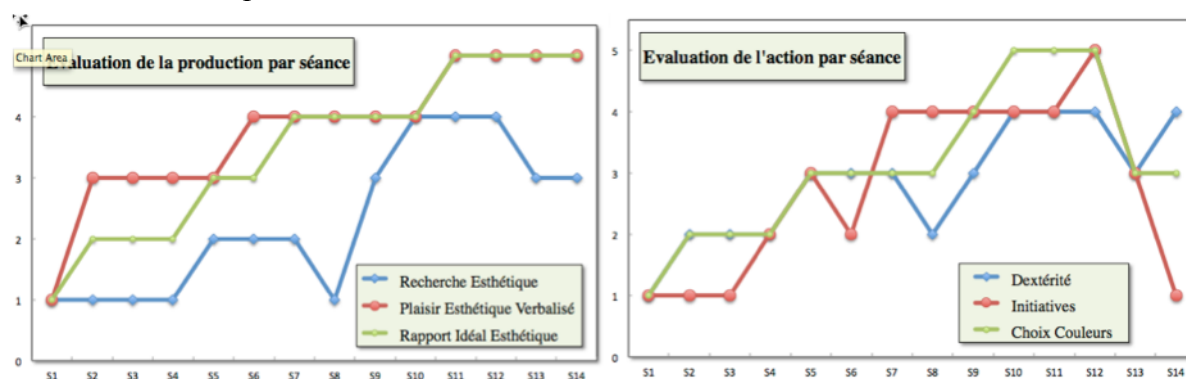
- *la production (l'œuvre) :* recherche esthétique (5. Autonome 4. Initie l'action, mais nécessite un conseil ponctuel ; 3. Expérimente ; 2. Suggère mais demande une validation extérieure ; 1. Suit les consignes d'un tiers) ; affirmation choix fond/forme (5. Choix affirmés, autonomes ; 4. Choix entre plusieurs propositions; 3. Choix émis mais attendant une validation extérieure; 2. Choix incohérents par rapport au projet/ aléatoires ; 1. Absence de choix) ; imagination (5. Forte 4. Certaine 3. Perceptible 2. Faible, besoin de stimulation 1. Non perçue) ; rapport à l'idéal esthétique (5. Atteint ; 4. Approché; 3. Envisagé ; 2. Douté; 1. Inaccessible (je n'y arriverai jamais)) ; communication verbale du plaisir esthétique (5. pleinement satisfait ; 4. reconnaît des qualités ; 3. modeste ; 2. négative; 1. ne sait pas) ; devenir de la production (5. veut l'exposer/ la montrer; 4. veut poursuivre et conserver ; 3. veut poursuivre ; 2. poursuivra s'il le faut ; 1. désintéressé/ pas achevée)

- *capacités relationnelles :* expression verbale, quantité (5. Incessante 4. Importante 3. Moyenne 2. Rare 1. Aucune) et nature (5. Souvenirs 4. Activité 3. Phénomènes associés 2. Demande 1. Plaintes); relation avec art-thérapeute (5. Relation privilégiée 4. Relation /échange 3. Expression 2. Ecoute 1. Absence) ; mode (5. Cordiale 4. Respectueuse 3. Indifférente 2. En opposition 1. Agressive) et fonction (5. Autonomie 4. Echange ; 3. Soutien, protection ; 2. Stimulation ; 1. Dépendance) ; attitude fin de séance (5. Veux continuer ; 4. Surprise ; 3. Remercie; 2. Indifférente ; 1. Veux partir avant fin)

La présentation graphique des items les plus pertinents pour évaluer l'évolution de la prise en soins de Mr G. montre une évolution générale constante



Mr G. s'est engagé progressivement dans l'activité artistique, par stimulation de la relation avec l'art-thérapeute comme le montre le graphique des capacités relationnelles puis dans une relation d'échange bien que l'utilisation d'une nouvelle technique comme l'approche de l'acrylique en séance 8, nécessite à nouveau la stimulation face aux peurs de Mr G. En corrélation avec sa concentration dans l'activité, son expression verbale est devenue plus personnelle et il a même évoqué des souvenirs qui à la première rencontre semblaient inaccessibles. La nécessité de faire des choix et d'exprimer un goût a visiblement réveillé chez lui ses préférences passées et le souvenir de ses expériences.



La recherche esthétique et la dextérité suivent la même corrélation. Lorsqu'il se familiarise avec un médium ou une technique Mr G. ose plus expérimenter et prendre des initiatives. Celles-ci sont aussi corrélées à son appropriation de la séance comme moment singulier. En séances 13 et 14, il signe les tableaux et participant à l'exposition de ses œuvres, ce qui à nouveau révèle une

fonction relationnelle de stimulation et une absence d'initiatives. Au fur et à mesure que son plaisir esthétique augmente, son idéal esthétique lui semble abordable et il dira lui-même n'avoir jamais pensé être capable de produire cette qualité artistique.

L'évaluation des items est reprise dans la rédaction d'une synthèse au regard de l'état de base initial et des objectifs de la stratégie thérapeutique et un bilan peut être présenté à l'équipe soignante.

C.1.5 Un bilan positif de prise en soins de monsieur G. est présenté à l'équipe pluridisciplinaire

Dans les premières séances, Mr G. a démontré une dextérité grossière, peu d'accès à l'imaginaire, une attention irrégulière et facilement perturbée, une incapacité à faire des choix, mais une volonté à suivre les consignes et à s'exécuter après avoir été rassuré. L'expression verbale est alors limitée et porte principalement sur des phénomènes associés comme les travaux extérieurs. Il rappelle lui-même la fin de la séance

En séance 5, Mr G prouve son engagement progressif dans l'activité en venant de lui-même à l'atelier. Il fait preuve d'initiatives pour faciliter l'activité, il commence à affirmer son goût en acceptant de faire des choix devant un panel réduit de propositions. Son angoisse est toujours importante dans l'action démontrée par une respiration lourde. Son expression verbale reste très ponctuelle et peu portée sur les souvenirs personnels mais il commence à porter attention à ce qui l'entoure. Il ne marque plus la fin de l'atelier.

L'aboutissement du mandala en séance 6, confirmé par la production du personnage stylisé en séance 7 lui permet d'améliorer sa confiance en lui et en sa capacité d'apprentissage. Sa concentration est plus profonde et moins perturbée. Il s'approprie le temps de séance comme un moment personnel et privilégié, semble finir à regrets, exprime son bien-être et dénote ainsi une meilleure estime de lui-même. Sa dextérité s'est affinée et il démontre plus d'aisance et de confiance dans le geste. La séance 8 marque le début de l'utilisation de l'acrylique qui restera son médium de prédilection grâce à ses possibilités de retouches. Sa dextérité avec ce médium s'améliore très vite. Il choisit après le 1er tableau de la pomme, de continuer avec l'acrylique et choisit le prochain thème. Il a du mal à quitter l'atelier.

A partir de la séance 10, l'amélioration de la confiance en soi est nette avec une affirmation du style dans la forme, moins d'angoisse dans l'action et plus de cohérence, peu d'hésitation dans le choix des couleurs et un intérêt dans leur fabrication. L'expression verbale est soudain beaucoup plus personnelle et sensible. Il s'intéresse à ce qui l'entoure et pose des questions sur l'art-thérapie. Il parle pour la première fois, de son idée de faire un tableau pour décorer sa chambre, a même choisi le sujet. La signature des tableaux et leur encadrement pour l'exposition à venir sont l'opportunité pour lui d'exprimer sa satisfaction esthétique tout en restant humble.

Les objectifs sont atteints : Il éprouve du plaisir à venir à l'atelier et à s'engager dans une activité artistique. Il ose s'affirmer, a confiance dans ses capacités et se projette dans l'avenir ce qui révèle une amélioration de l'estime de soi, de l'engagement, et de la confiance en soi. Nous pouvons envisager d'intégrer Mr G à une prise en soins collective lui permettant de créer de nouveaux liens sociaux sous-tendus par la pratique de l'activité artistique. Les équipes étant encore en phase d'adaptation à leurs nouveaux postes, un programme d'accompagnement de soins est difficile à transmettre.

C.2 Madame M. bénéficie de 12 séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques

C.2.1 L'anamnèse de Madame M. souligne une baisse de l'estime de soi occasionnée par une maladie de Parkinson

Mme M est une petite femme dynamique et active, née en 1934. Elle est mariée depuis 66 ans et son mari, atteint de la maladie d'Alzheimer, est institutionnalisé dans un autre EHPAD. Ancienne comptable, elle a 4 enfants, cinq petits enfants et des arrière petits enfants dont elle parle beaucoup. Elle fait du tricot et du crochet mais ses réalisations révèlent de nombreuses erreurs d'exécution dues sans doute à la pathologie. Elle aime également la stimulation intellectuelle des mots fléchés et des jeux de société. Elle a toujours aimé le dessin mais se juge « nulle ». Elle a fait de nombreuses activités créatives et montre d'anciens carnets annotés de dessin, de

collage... Son intention artistique est d'utiliser son imagination et de réaliser une œuvre dont elle puisse se sentir fière. Son intention sanitaire est de garder son autonomie le plus longtemps possible. Mme M est atteinte de la maladie de Parkinson qui est une pathologie chronique neurodégénérative⁷³, touchant le système nerveux central et évoluant lentement. Cette maladie neurologique provoque des troubles essentiellement moteurs et évolue lentement et insidieusement. Mme M est à un stade avancé mais bénéficie d'un traitement par pompe à Akinon installée chaque jour par une intervention extérieure à la maison de retraite matin et soir. Cette pompe à dopamine permet l'infusion directe à débit constant dans l'intestin du produit et est réservée aux malades à un stade avancé. Elle nécessite une gastrotomie* avec un tube qui se termine dans le duodénum. De plus, la patiente a la possibilité de s'administrer une dose supplémentaire et ponctuelle selon ses besoins. De plus, la pompe a une infusion constante et permet d'obtenir ainsi un état clinique plus stable. Mme M souffre des effets caractéristiques de la maladie avec des tremblements au repos qui augmentent avec le stress, un ralentissement des mouvements lors de leur amorce et une rigidité musculaire mais elle peut se déplacer librement une fois la pompe posée le matin et cette automie s'arrête dès le passage des infirmières chargées de lui enlever la pompe le soir. Ses mouvements ont perdu de leur fluidité et révèlent une maladresse dans l'exécution de tâches simples. Le traitement antiparkinsonien produit des effets iatrogènes avec des hallucinations visuelles qu'elle vit douloureusement. Dans la maladie de Parkinson, 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. Elle occasionne également une fatigue musculaire et entrave les initiatives. Elle a tendance à conduire les patients atteints à un repli sur soi et est souvent associée à une dépression. Mme M souffre d'ailleurs d'un syndrome dépressif résultant de difficultés à accepter l'évolution de sa maladie et les pertes qu'elle entraîne, mais aussi de sa peur financière (la maison familiale étant difficile à vendre et le coût élevé de deux personnes en institution est un sujet d'inquiétude permanent). Mme M se sent une charge pour ses enfants notamment sa fille aînée qui s'occupe des papiers du couple. Mme M semble également être devenue, aux dires des aides soignantes, le souffre-douleur d'une patiente plus âgée et autoritaire avec qui elle a l'habitude de partager des jeux de société. Mme M est très bavarde et pleure beaucoup.

Son état de base révèle donc une mémoire récente défaillante, un état dépressif et une absence d'estime de soi, un manque de confiance en soi et un auto-dénigrement, un bavardage incessant et un besoin permanent de valorisation, un manque d'attention au présent. Ses tremblements, même s'ils sont moindres grâce à la pompe, gênent sa dextérité dans les activités créatrices et, associés à son besoin de reconnaissance, l'entraînent dans une boucle d'inhibition aggravant encore sa mauvaise image d'elle-même.

C.2.2 Une stratégie thérapeutique exploitant arts plastiques et poésie est mise en place afin de restaurer l'estime de soi de Madame M.

L'objectif de l'équipe médicale est de lutter contre son état dépressif et de maintenir un lien social. L'objectif art thérapeutique est d'améliorer l'estime de soi de Mme M et de raviver sa qualité existentielle. Les objectifs intermédiaires visent à stimuler le plaisir sensoriel et esthétique pour l'engager dans une nouvelle activité, de valoriser ses capacités restantes, motrices et mnésiques, augmenter l'attention et le contrôle volontaire des mouvements, consolider ses facultés d'expression, de communication et de relation.

Les moyens prévus sont des séances individuelles hebdomadaires d'1h à 1h30 mais Mme M. aura du mal à respecter le cadre faisant traîner son départ de l'atelier. Les arts plastiques sont choisis selon son goût et son intention mais évolueront parfois vers la poésie.

Mme M a une imagination fertile, des capacités artistiques expressives et enfin une culture littéraire et picturale. Au regard de l'opération artistique le site d'action chez une personne dépressive se situe au niveau du traitement de l'information (3) et (4), la phase où naît l'intention. Pour stimuler le (3) et le (4), nous pouvons agir en (1) en essayant de trouver un élément qui permettrait de déclencher la tension nécessaire à la mise en place d'une activité artistique (5), tout

⁷³ Pollak, P. (2009). *La maladie de Parkinson*. Paris: Odile Jacob. p9/17

en travaillant la phase (6) pour renforcer les capacités techniques et la confiance en soi et provoquer en phase (5) et phase (7) des gratifications. Ce qui pourrait avoir des retentissements bénéfiques en phase (3).

C.2.3 Chacune des 12 séances de Madame M. se déroule différemment et demande une adaptation à l'humeur du moment.

La *séance 1* a pour objectif de faire naître une intention chez Mme M. en suscitant un plaisir sensoriel tout en prenant connaissance de ses capacités. Après un échauffement pour ramener Mme M. dans le présent et ses sensations en stoppant pour un temps la réminiscence verbale de ses souvenirs, nous abordons l'aquarelle et l'encre dans une utilisation fluide et archaïque basée sur l'Art I dans l'observation de la réaction de la peinture et de ses rendus ainsi que des ressentis de la patiente. Mme M. s'engage très vite dans l'activité et dit prendre plaisir dans cet exercice. Elle a très vite besoin de voir une forme et montre une imagination fertile. La vue d'un personnage ressemblant à un Cosaque inspire chez elle le récit d'un poème russe appris à l'école. D'une dominante arts plastiques, nous passons pour un moment dans une dominante d'arts du langage. Elle semble éprouver une gratification évidente à me réciter le poème et à montrer ses capacités mnésiques. Tout le long de la séance, elle ne cesse de parler de ses souvenirs dans une coloration émotionnelle plutôt négative. La *séance 2* a pour objectif de conforter l'implication de Mme M dans l'activité artistique. Elle choisit de dessiner et pour ne pas la mettre en situation d'échec à cause de ses tremblements, la stagiaire propose un exercice de gribouillage nécessitant un mouvement plus ample et moins précis. Mme M. s'exécute et voit très vite un oiseau qu'elle détache de l'ensemble en soulignant les lignes choisies. Les proportions sont belles et le dessin original. Nous réitérons l'exercice mais Mme M. n'arrive plus à se détacher du figuratif et essaie d'influencer les formes sans pouvoir satisfaire son intention esthétique. La patiente préfère alors esquisser un petit dessin mais l'esquisse est peu lisible, faite de petits traits maladroits. Son expression verbale est toujours aussi abondante et principalement axée sur sa vie passée et ses difficultés. Les *séances 3 et 4* ont pour but d'étendre l'expérience artistique de Mme M en mélangeant différentes peintures et de lui permettre d'affirmer ses goûts. Sur un dessin très simple, les couleurs de son choix sont apposées au pastel gras, à l'encre et à l'aquarelle. L'exercice lui plaît et si elle aime le rendu, elle semble cependant en être détachée une fois terminée. En début de séance 4, lorsque je vais la chercher dans sa chambre, elle n'est pas prête et prend un temps pour terminer ce qu'elle a commencé. Mais en fin de séance, elle a du mal à accepter la clôture de la séance et part avec retard. Les *séances 5 et 6* ont pour but de permettre à Mme M un plaisir esthétique dans la réalisation et l'aboutissement d'une œuvre alliant différentes techniques : collage, texture et peinture. La production est basée sur le thème du poème récité en séance 1 que la stagiaire a imprimé dans un style choisi par la patiente. Autour du poème, des éléments picturaux choisis et découpés sont ajoutés en collage et placés sur une grande feuille de papier, agrémentés d'une texture. La *séance 6* est consacrée à la peinture mais en milieu de séance Mme M tombe de sa chaise et allongée sur le sol ne peut plus bouger. Je vais chercher une infirmière qui revient vite avec le docteur. C'est une expérience forte pour la stagiaire qui revit plusieurs fois la scène pour comprendre la chute et savoir s'il y avait le moyen de l'éviter. Elle se met en recherche d'un membre de l'équipe pluri-disciplinaire mais chacun semble particulièrement occupé et elle se dirige vers le bureau du médecin s'enquérir des nouvelles de la patiente bien que connaissant les opinions négatives du médecin sur la pratique de l'art-thérapie. Celui-ci se montre cependant étonnamment curieux de l'activité car il a aperçu la production en cours de Mme M. La visite se révèle positive car la stagiaire peut lui expliquer personnellement les objectifs de l'art-thérapie et les moyens mise en œuvre. Le médecin se dit convaincu de l'intention de l'art-thérapeute et des effets de la discipline mais dubitatif quant aux résultats possibles en maison de retraite. Il termine la conversation en se disant étonné de voir un résident de cette institution déclamer des poèmes d'un registre classique. La stagiaire apprend que la patiente était déjà anormalement tombée deux jours avant la séance. La semaine suivante, le matin de la *séance 7*, elle passe voir Mme M alors que celle-ci prend son petit déjeuner car le personnel lui apprend qu'elle est en pleurs, qu'elle refuse de manger et qu'elle est à nouveau tombée la veille. En effet, Mme M se montre très négative et raconte qu'elle a vécu une

mauvaise expérience avec une résidente, détestable avec elle lors d'un jeu de société. Elle se dit inquiète pour sa fille qui est surchargée de travail et ne va pas bien, qu'aujourd'hui elle n'aura pas envie de peindre. Le soleil brille dehors et je lui propose une promenade à l'heure de la séance. Elle cesse de pleurer et se met à manger. Elle est prête pour la séance qui a pour objectif de solliciter d'autres gratifications sensorielles. Elle est de bonne humeur et fait même de l'humour. Cette promenade permet au stagiaire d'observer l'attitude la patiente, sa démarche trop rapide pour ses capacités motrices, son inattention quant à ses mouvements et au maintien de sa structure corporelle. Ses pensées sont prises par ses souvenirs et leur expression verbale. La stagiaire ramène l'attention de la patiente sur les sensations créées par l'environnement, les bruits des oiseaux et l'eau, le vent, le soleil. Si elle exprime toujours ses souvenirs, ceux-ci sont plus positifs et portent sur des gratifications sensorielles du passé, qu'elle s'étonne de pouvoir revivre avec autant de clarté. Assise sur un banc nous déclamons tour à tour des poèmes en travaillant les intonations et la voix. Elle dit apprécier l'exercice et avoue soudain qu'elle ne réussira jamais à peindre. Sur le chemin du retour, elle récite un nouveau poème dont nous commentons ensemble la beauté. Elle s'écrie avec un grand sourire que « cela vaut bien un 5 » dans un clin d'œil à l'auto-évaluation. A la *séance 8*, la patiente est particulièrement disposée et reposée avec peu de tremblement. Elle confie à la stagiaire que le médecin a changé d'attitude envers elle, depuis qu'il avait appris qu'elle récitait des poèmes. La stagiaire lui explique que c'est un des objectifs de l'art-thérapie. Elle a demandé pour cette séance, à limiter sa production au dessin au crayon. Il est possible que la peinture et ses salissures lui rappellent les tâches de produit qui couvrent le sol et atteignent même les murs de sa chambre lors de la mise en place de la pompe et dont elle se plaint souvent. Nous commençons par des exercices de dégradés, pour qu'elle puisse adapter le geste et contrôler ses tremblements, trouver des solutions à son manque de dextérité. Mais ses exigences esthétiques sont très élevées et la comparaison entre son idéal esthétique et la production la met en situation d'échec. De même, elle ne veut pas s'inspirer du modèle ou du geste de la stagiaire car elle les vit comme des comparaisons négatives de ses capacités. Elle n'aime pas sa production, ne veut pas se l'approprier. L'expression de ses souvenirs se font cependant moins plaintifs et elle exprime une perception de sa vie moins colorée d'émotions négatives. La *séance 9* a pour objectif d'inciter Mme M à une expression artistique plus archaïque centrée sur les sensations corporelles. La séance débute dans la tristesse car elle vient d'apprendre que sa 3^{ème} fille a des problèmes de santé. Arrivée dans l'atelier, elle se calme et la stagiaire lui propose, après l'échauffement habituel, de mettre en dessin ce qu'elle ressent. Elle dessine un visage aux proportions exactes mais elle bloque sur la symétrie des yeux. Nous passons à l'encre de chine et au pinceau pour le finir afin de limiter les détails figuratifs. Elle aime la texture et son rendu, se plaît à jouer des dégradés de l'encre en tournant la feuille et y décrit ce qu'elle voit avec beaucoup d'imagination. Absorbée par l'activité, elle n'a pas exprimée de souvenirs et n'a pas vu arriver la fin de la séance qu'elle conclut d'un « on s'est bien amusé ». Elle n'est pas prête pour la *séance 10* et se dit fatiguée et triste. Elle exprime une mauvaise image de son corps et le compare à celui de la stagiaire. Une fois à l'atelier, alors qu'un nouvel exercice prend place, elle avouera qu'elle n'aime pas les consignes, même si elles sont censées l'aider à atteindre un but. Cela semble devenue chez elle un mécanisme de défense comme ses retards permanents. La *séance 11* débute dans la chambre de Mme M. avec la découverte de petits croquis sur l'agenda de la patiente qu'elle a fait depuis le début de la prise en soins. Elle accepte d'aller à l'atelier mais ne veut pas peindre, ni dessiner. Nous classons alors une boîte de cartes postales représentant des peintures de la préhistoire jusqu'à nos jours. Ce classement fait appel à ses capacités mnésiques : noms des peintres, mouvement de peinture, époque ; à l'affirmation de son goût : elle exprime ses préférences, les raisons de son rejet des autres, parlent des tons utilisés et leurs qualités, de leur luminosité ; et suscite un plaisir esthétique dans la contemplation exprimé par la réminiscence de souvenirs positifs, notamment d'activités créatrices du passé. La relation est différente, moins dans la dépendance. La *dernière séance* se déroule dans la chambre de la patiente qui n'a pas envie de descendre à l'atelier. Nous utilisons alors ses mots fléchés comme support d'exercice. La stagiaire peut observer que la patiente se contente de solutions approximatives qui finissent par une production décevante et ingérable et qui inscrivent Mme M dans une boucle d'inhibition car elle l'utilise comme preuve de son incapacité. Comme pour le

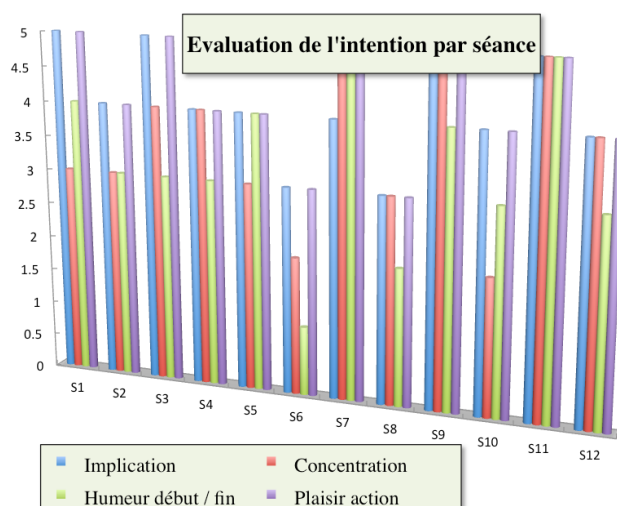
dessin, elle refuse les étapes nécessaires à l'apprentissage ou à l'élaboration et trouve raison à son jugement négatif d'elle-même et de ses capacités.

C.2.4 Les séances donnent lieu à des évaluations présentées graphiquement

Les faisceaux d'items d'observation du phénomène artistique observés sont au niveau de

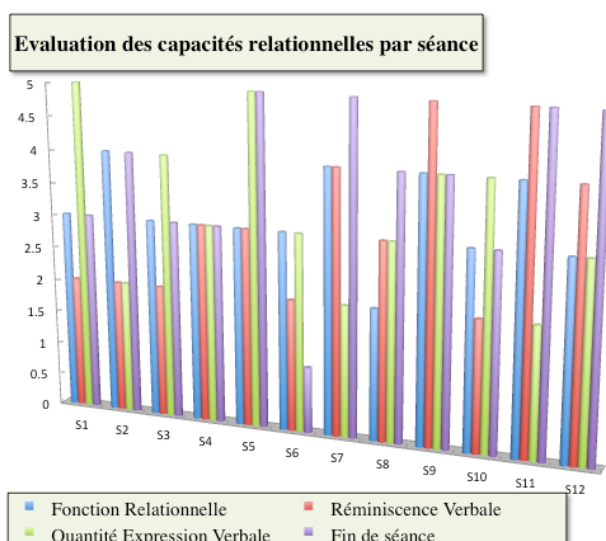
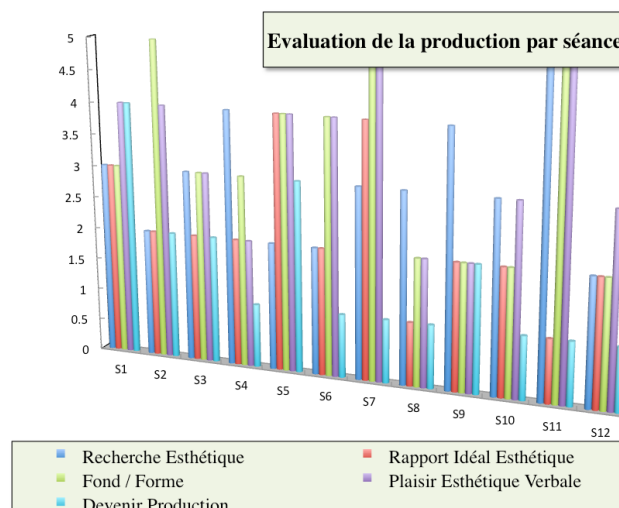
- *l'intention (la personne)* : l'engagement (5. Vient de soi-même ; 4. Attend qu'on aille la chercher ; 3. Retard ; 2. A oublié ; 1. Refuse) ; l'implication (5. S'engage spontanément dans l'activité ; 4. Exprime son intérêt ; 3. Se laisse guider ; 2. Subit avec réticence ; 1. Refuse) ; l'attention/concentration (5. Reste concentrée ; 4. Revient de soi-même à l'exercice ; 3. Besoin d'un rappel ; 2. Se décourage devant la difficulté ; 1. S'arrête avant la fin) ; le plaisir dans l'action (5. Plaisir verbalisé ; 4. Plaisir démontré (sourires) ; 3. Plaisir indécélable ; 2. Déplaisir démontré (tension visage) 1. Déplaisir verbalisé) ; fatigabilité (5. Dynamique ; 4. Actif ; 3. Calme ; 2. Fatigue ; 1. Fatigue importante) comparaison de l'humeur en début et fin de séance (5. Amélioration totale ; 4. Stable ; 3. Légère amélioration ; 2. Aucune amélioration ; 1. Détérioration)
- *l'action (l'activité)* : tremblements (1. Très fréquents et augmentant ; 2. Omniprésents ; 3. Ponctuellement maîtrisés ; 4. Diminuant ; 5. Aucun) ; dextérité (5. Fine ; 4. Adaptée 3. Limitée/ ponctuelle ; 2. Grossière ; 1. Impossible) ; autonomie gestuelle (5. Autonomie ; 4. Soutien verbal ; 3. Soutien partiel ; 2. Soutien permanent de la main 1. Aucune gestuelle) ; choix (5. Autonome 4. Parfois 3. Rare 2. Réticent 1. Jamais) ; initiatives (5. Nombreuses 4. Quelques 3. Rares 2. Une 1. Aucune)
- *la production (l'œuvre)* : recherche esthétique (5. Autonome 4. Initie l'action, mais nécessite un conseil ponctuel ; 3. Expérimente ; 2. Suggère mais demande une validation extérieure ; 1. Suit les consignes d'un tiers) ; affirmation choix fond/forme (5. Choix affirmés, autonomes ; 4. Choix entre plusieurs propositions ; 3. Choix émis mais attendant une validation extérieure ; 2. Choix incohérents par rapport au projet/ aléatoires ; 1. Absence de choix) ; imagination (5. Forte 4. Certaine 3. Perceptible 2. Faible, besoin de stimulation 1. Non perçue) ; expression du goût, rapport à l'idéal esthétique (5. Atteint ; 4. Approché ; 3. Envisagé ; 2. Douté ; 1. Inaccessible (je n'y arriverai jamais)) ; communication verbale du plaisir esthétique (5. pleinement satisfait ; 4. reconnaît des qualités ; 3. modeste ; 2. négative ; 1. ne sait pas) ; devenir de la production (5. veut l'exposer/ la montrer ; 4. veut poursuivre et conserver ; 3. veut poursuivre ; 2. poursuivra s'il le faut ; 1. désintéressé/ pas achevée)
- *capacités relationnelles* : expression verbale, quantité (5. Incessante 4. Importante 3. Moyenne 2. Rare 1. Aucune) et nature (5. Activité 4. Phénomènes associés 3. Souvenirs 2. Demande 1. Plaintes) ; réminiscence des souvenirs (5. Silence dû à la concentration ; 4. Souvenirs positifs ; 3. Souvenirs neutres ; 2. Souvenirs négatifs ; 1. Pleurs) ; relation avec art-thérapeute (5. Relation privilégiée 4. Relation /échange 3. Expression 2. Ecoute 1. Absence) ; mode (5. Cordiale 4. Respectueuse 3. Indifférente 2. En opposition 1. Agressive) et fonction (5. Autonomie 4. Echange ; 3. Soutien, protection ; 2. Stimulation ; 1. Dépendance) ; attitude fin de séance (5. Veux continuer ; 4. Surprise ; 3. Remercie ; 2. Indifférente ; 1. Veux partir avant fin)

L'évolution de la prise en soins de Mme M. n'ayant pas suivi une progression constante, l'évaluation a nécessité l'utilisation d'un autre type de graphiques pour mettre en évidence les corrélations éventuelles par séance.



Son implication dans l'activité a été plutôt constante tout au long de la prise en soins car Mme M. aime l'activité artistique. Sa concentration est corrélée avec le type d'activité. En arts plastiques, l'accès à l'imaginaire dans l'utilisation fluide de l'aquarelle ou de l'encre lui procure beaucoup de plaisir dans l'action et améliore sa concentration. Il en est de même lors d'une dominante arts du langage en séance 7 ou de la contemplation d'œuvres d'Art en séance 11. Son humeur est ainsi ponctuellement améliorée.

Dans l'évaluation de la production, il est évident que Mme M. a rarement approché son idéal esthétique, hormis lors du récit de poésies et lors de l'utilisation du collage (notamment autour d'une poésie). Elle a montré très peu d'intérêt pour le devenir de sa production, même si celle-ci avait une valeur artistique et aurait pu être continuée avec succès. Dans le rapport fond/forme, elle fait pourtant des choix cohérents et démontre un sens artistique développé et beaucoup d'imagination. De même, sa recherche esthétique est constante, elle fait aime expérimenter, fait preuve souvent d'initiatives mais d'autonomie au niveau de l'imagination et de l'application des consignes.



Seules les capacités relationnelles ont marqué une progression plutôt constante. Les souvenirs sont se font faits de moins en moins négatifs voire moins présents en corrélation avec la quantité de l'expression verbale. De même, la relation avec l'art-thérapeute est passée au fil des séances d'une fonction de soutien voire protection de sa sensibilité à un échange créant des moments d'équilibre gratifiants (notamment après le changement de regard du médecin). A la mesure de son implication rapide dans l'activité artistique, Mme M. a eu du mal à quitter l'atelier sauf en 1^{ère} séance lorsqu'elle a appelé elle-même la fin de la séance et bien sûr en séance 6 lorsqu'elle est tombée.

C.2.5 Un bilan mitigé de la prise en soins de Madame M. est présenté à l'équipe soignante

Les arts plastiques ont procuré un plaisir esthétique à Mme M, exprimé verbalement, et a favorisé une amélioration du bien-être dans le moment, a développé le ressenti corporel, permis l'affirmation de ses goûts esthétiques et fait appel à ses facultés cognitives. Mais pour que le pouvoir d'entraînement de l'Art 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. Or chez Mme M, l'idéal de départ est trop élevé et génère de la frustration entachant l'estime de soi et la confiance de la patiente dans ses capacités et ainsi brise son élan dans l'activité et la réalisation soutenue et complète d'une production. De plus, sa maladie de Parkinson provoque des tremblements qui pénalisent la motricité fine et la qualité graphique de la production particulièrement quand Mme M est fatiguée. Mais le reliquat de motricité et de préhension a été utilisé et maintenu. Le contrôle momentané de tremblements dans l'attention de ses gestes allié à l'utilisation d'un médium fluide comme l'aquarelle ou l'encre qui ne présente pas le même degré d'exigence quant à la précision du tracé, ont suscité un plaisir sensoriel et esthétique évident dans l'application au pinceau, les couleurs qui se fondent naturellement au contact les unes des autres, le jeu des mouvements dans la direction donnée à la peinture, l'Art I et l'accès à l'imaginaire. L'interprétation des formes ainsi composée a suscité l'utilisation des capacités cognitives de madame M : imagination, mémoire, concentration, l'emmenant directement en phase 8 de l'opération artistique lors de la récitation d'un poème et la reconnaissance artistique de l'art-thérapeute. L'utilisation de ces techniques a également mise en valeur son autonomie dans ses choix. Mais Mme M favorisant le dessin figuratif, n'a pu obtenir satisfaction dans la recherche de son idéal esthétique, principalement parce que ses exigences de résultat étaient très élevées et

impossibles à atteindre sans le respect des étapes d'apprentissage. Elle a cependant pu prendre du plaisir sensoriel dans la pratique du dessin lorsque l'art-thérapeute a instauré une situation ludique où la trace est devenue un jeu et la relation a permis d'approfondir le plaisir sensoriel par le partage hors verbal de l'expérience. Le dessin est alors devenu une situation d'expression sollicitant l'imaginaire des deux protagonistes dans l'Art I créant une situation d'égalité entre la patiente et l'art-thérapeute. Il a permis une communication dans la formulation de la forme. La patiente a dirigé son attention sur l'action et sa concentration était totale, sans expression verbale négative de souvenirs. Mais Il n'a pas procuré, même si la séance a alors été qualifiée de « bon moment », la reconnaissance escomptée de la réalisation d'un dessin poussé et la trace nécessaire et satisfaisante qu'elle aurait aimé exploiter dans le traitement mondain. La prise en soins a donc nécessité des réajustements de la stratégie et de la dominante artistique choisie, au regard de l'évolution des objectifs et des besoins de la patiente. L'amélioration de l'estime de soi a été ponctuelle et irrégulière, mais n'a pu être observée dans l'attitude générale de la patiente. L'appel à d'autres dominantes comme le théâtre ou l'improvisation théâtrale, l'écriture, pourraient être bénéfiques au bien-être et à la qualité de vie de Mme M. en s'appuyant sur son accès à l'imaginaire et au jeu et ne produisant pas la trace picturale qui chez elle, devient inhibitrice.

Les différentes prises en soins ont permis à la stagiaire art-thérapeute d'appliquer des connaissances acquises au cours de la formation d'art-thérapie et de tester ses capacités à les utiliser. Il est souvent apparu nécessaire de resituer le cadre de l'art-thérapie et du rôle de l'art-thérapeute dans l'établissement vu pour certains comme une discipline aux mêmes objectifs occupationnels que l'animation. Les attentes quant à la production d'œuvres qui pesaient très lourds sur l'atelier ont dû également être recadrées auprès de l'équipe et de la direction. L'objectif dans l'activité artistique, est d'aider la personne à redécouvrir ses propres émotions, ses désirs, qui, s'ils sont enfouis ou refoulés, n'en sont pas moins présents. Leur réémergence, lorsque la dextérité gestuelle est gênée par une pathologie ou une absence d'exercice, ne devrait pas s'appuyer sur une représentation explicite au risque de mettre la personne âgée dans une situation d'échec. Cependant pour la personne âgée, le rapport à la peinture n'est pas empreint de cette familiarité que nous pouvons avoir avec les modes de l'expression artistique. Leur vie active dans ce milieu rural était valorisée par un travail « utile » et productif. De plus, leurs souvenirs d'activité artistique à l'école portent plus sur la maîtrise de l'écriture (le plein et le délié), le coloriage net et sans débordement que l'expression de soi. L'héritage scolaire et ce rapport au travail interdit toute réalisation spontanée, apparentée à du « gribouillage », et toute tentative dans ce sens induit le désir de produire une image « bien faite », selon des critères souvent normatifs. Lorsque nous proposons de dessiner ou de peindre à une personne pour qui cette activité semble définitivement perdue, celle-ci éprouve de la surprise, parfois de la peur. Devant un tel souci de maîtrise, nous avons opté pour un apprentissage de l'utilisation de la peinture, un apprivoisement de la matière et du médium, sous forme ludique ou ponctuellement technique, suscitant des gratifications sensorielles et esthétiques avant de pouvoir espérer laisser libre cours à l'expression picturale des émotions.

L'expérience de prise en soins a également soulevé des questions générales sur la thérapie auprès des personnes âgées et en particulier sur l'origine de leur souffrance. Certes les mécanismes défaillants observés dans l'opération artistique sont pour certains issus directement de la pathologie, principalement pour les problèmes de motricité. Mais d'autres semblent être apparus bien avant la pathologie et découlés de la personnalité et de la perception qu'a la personne d'elle-même et de sa place dans la communauté, perception aggravée par le vieillissement et les modifications physiques et sociales. Lorsqu'il n'y a pas assez d'émotions par manque de stimulations comme chez Mr G., ou bien lorsqu'il y en a trop, par excès de stimulation ou par une intensité trop forte de la stimulation comme chez Mme M., la faculté à raisonner clairement et à utiliser ses capacités de manière optimale, semble s'altérer. Enfin la relation s'est souvent avérée un moteur important et primordial de l'engagement de la personne dans l'activité artistique sans qu'elle ne soit fusionnelle ou anormalement basée sur la dépendance.

Partie III: L'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées institutionnalisées, par l'implication du corps et de l'esprit, peut changer leur perception négative de la réalité et par la relation répondre à leur besoin spirituel

Jean-Jaques Rousseau⁷⁴ fait également un lien entre la conscience d'exister et le bonheur. La poursuite d'une satisfaction dans le temps est, pour lui, une illusion et le bonheur réel est simplement dans la conscience d'être ici et maintenant. Il suggère la contemplation de la nature pour abolir la séparation, la dualité entre le sujet et l'objet, et se laisser être en harmonie avec l'Être. Damasio⁷⁵ émet l'hypothèse que les « états spirituels » sont en fait des états émotionnels, mais qui se manifestent de manière particulière dans notre corps. De la même façon que la colère ou la honte correspondent à une configuration particulière du corps, on peut définir une configuration du corps qu'on appelle "spirituelle". Ces états se manifestent dans des circonstances particulières et attirent des pensées particulières. Ils sont provoqués par certains stimuli, qui vont des œuvres d'art à la musique en passant par la nature... Et l'état qui en résulte est un état d'incroyable harmonie physiologique. Le fait d'en savoir plus sur les émotions, en termes physiologiques, pourrait nous permettre de développer une action au quotidien sur l'expérience de notre corps, de façon à mener une vie plus heureuse.

Si nous ne pouvons influencer sur l'objet perçu, dans le cas des personnes âgées institutionnalisées, la douleur et les conditions de vie, nous pourrions donc cependant, par l'utilisation des pouvoirs éducatifs et d'entraînement de l'Art et le rappel d'émotions dans le corps réintégrées par des expériences positives, changer la perception et les sentiments de cette réalité.

Les chercheurs de l'institut de médecine environnementale de Paris, travaillent depuis plusieurs années sur la psychologie cognitive et les neurosciences. Le stress que nous vivons dans nos sociétés modernes serait essentiellement d'origine interne (90 %)⁷⁶ plutôt que causé par une origine externe. Ce ne serait donc pas le monde extérieur qui est la cause de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on en a et les pensées qui nous traversent l'esprit. Lorsqu'il n'y a pas assez d'émotions (par manque de stimulations), ou bien lorsqu'il y en a trop (par excès de stimulation), notre faculté à raisonner clairement et à utiliser notre cerveau de manière optimale, s'altère car la partie primitive de notre cerveau est programmée pour prendre le dessus. Chez la personne âgée dépressive ou apathique, les distorsions cognitives, c'est à dire des interprétations et des représentations biaisées du monde privilégiant systématiquement une vision négative et pessimiste des choses, sont responsables de son incapacité à évaluer la réalité de manière positive ou neutre. Cognition sur soi : "Je ne vauds rien", "Je ne suis pas à la hauteur". Cognition sur l'environnement : "Ce monde est pourri", "Les gens sont égoïstes" Cognition sur l'avenir : "Rien ne s'améliorera maintenant", "C'est sans espoir". Les théoriciens des neurosciences affectives proposent que les affects positifs améliorent la capacité d'un individu à organiser ses pensées et accéder à des perspectives cognitives alternatives, avec pour conséquence un renforcement de la flexibilité mentale⁷⁷.

De nombreuses expériences⁷⁸ montrent que les émotions positives élargissent l'horizon mental et permettent de résoudre les problèmes plus rapidement en mettant en place différents modes de traitement de l'information⁷⁹. Rappelons que le cerveau réagit aux modifications de l'équilibre physiologique interne en tentant de le rétablir, via des signaux qu'il envoie par exemple au cœur ou aux glandes sécrétrices d'hormones. C'est en quelque sorte l'organe suprême du maintien de la constance du milieu intérieur. Or, selon les circonstances, l'état somatique est soit un état de plaisir, soit un état de déplaisir. Sous cet angle, le rétablissement de l'équilibre physiologique peut

⁷⁴ Rousseau, J.-J. (posth. 1782). *Les rêveries du promeneur solitaire* (Vol. 5e promenade). Nouvelles Editions Latines 1949 325 pages.

⁷⁵ Damasio, A. R. (2003). *Spinoza avait Raison*. (J.-L. Fidel, Trad.) Paris: Odile Jacob.

⁷⁶ Fradin, J. (2008). *L'intelligence du stress*. Eyrolles.

⁷⁷ Panksepp, J. (2003). At the interface of the affective behavioral and cognitive neurosciences: decoding the emotional feelings of the brain. *Brain Cognition* (52), pp. 4-14.

⁷⁸ Branigan, B. F. (2005). Positive Emotions Broaden the Scope of Attention and Thought-Action Repertoires. *Cognition and Emotion* (19), pp. 313-332.

⁷⁹ Tomarken, A. &. (1998). Frontal brain asymmetry and depression: a self-regulatory perspective. *Cognition and Emotion* (12), pp. 387-420.

être considéré comme le correspondant biologique du principe de plaisir/déplaisir. En créant un état de plaisir et des émotions positives, il serait donc possible de modifier les structures neuronales et de changer la perception de la réalité. Cet état peut-être créé de manière descendante par l'entraînement mental et il s'agit alors, comme dans certaines traditions ancestrales, de contrôler la physiologie par la pensée impliquant principalement les régions frontales. L'activité du cortex préfrontal est étroitement liée à la motivation, l'émotion, et les fonctions cognitives supérieures.⁸⁰ Ou d'une manière ascendante par des approches qui se centrent sur le corps et les réponses instinctives comme elles sont véhiculées à travers le tronc cérébral vers l'organisation des niveaux plus élevés du cerveau. Il s'agit alors d'exercices physiques qui stimulent le système immunitaire et favorisent l'équilibre du système nerveux périphérique contrôlant toutes les fonctions du corps et mobilisant le ressenti émotionnel par la stimulation du corps.

L'impact de la méditation sur la santé, prouvé par les neurosciences, a dernièrement été le sujet de nombreux articles. Un diplôme d'université de Médecine Méditation et Neurosciences a même été créé à Strasbourg, et est ouvert aux médecins, psychologues et scientifiques ayant une implication dans la prise en soins des personnes et l'investigation des champs scientifiques concernés par le stress, la méditation et le lien corps-esprit.

Nous verrons dans un premier temps les résultats des études menées sur la méditation et l'entraînement mental. Puis après avoir défini les mécanismes de la méditation nous décrirons les similarités avec les applications de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées institutionnalisées dans l'utilisation de la contemplation et des pouvoirs de l'Art. Dans un deuxième temps, nous montrerons comment l'art-thérapie, en impliquant le corps, influence également les fonctions cognitives et affectives, et donc la perception de la réalité dans une approche ascendante. Enfin nous aborderons les différences entre la méditation et l'art-thérapie dans leur approche de la souffrance spirituelle des personnes âgées.

A. L'entraînement de l'esprit en créant de nouvelles structures neuronales augmente le siège des émotions positives et influe sur la perception de la réalité

Les découvertes récentes des neurosciences, présentées en 1^{ère} partie, démontrent que l'expérience peut changer durablement le cerveau, et que les fonctions cognitives aussi bien qu'affectives peuvent être modifiées par l'entraînement mental. Cette propriété si particulière du cerveau, nous l'avons vu, c'est la neuroplasticité, due aux continues modifications synaptiques. Et le fait que l'expérience laisse des traces dans le cerveau par le biais de la plasticité synaptique que ces traces soient sans cesse remodelées, ouvre donc de nouvelles perspectives thérapeutiques. En effet, la plasticité démontre que le réseau neuronal est modulable par l'événement et les neurones qui s'activent ensemble se raccordent ensemble. Les dernières découvertes en neurosciences présentent également une nouvelle vision du vieillissement du cerveau. Après avoir longtemps cru que nous perdions un grand nombre de cellules neuronales en vieillissant, les scientifiques ont découvert récemment que nos cerveaux continuaient à produire de nouveaux neurones, même après 70 ans.

Une part de notre aptitude au bonheur est une compétence qui s'acquiert et se travaille jusqu'à devenir un automatisme et une disposition intérieure. Nos quelque cent milliards de neurones avec leurs dix mille milliards d'interactions électriques et biochimiques représentent la source de nos pensées, décisions, émotions et comportements. Déterminés par notre héritage génétique, nous avons l'initiative d'influencer nos expériences conscientes comme inconscientes pour que nos apprentissages trace une nouvelle "route" neuronale. Être en pleine conscience signifie prêter attention aux sentiments, sensations corporelles, émotions, pensées, qui nous traversent, sans les juger ou chercher à les comprendre, ni tenter de les retenir. Il s'agit juste d'observer, de les regarder passer, en amenant l'attention au moment présent. Les pensées ne sont pas des faits, il faut les observer à distance, et il en est de même pour les sentiments et les sensations corporelles. Il s'agit d'éviter l'établissement et la consolidation de schémas de pensées négatifs, en

⁸⁰ Compton, R. (2003). The interface between emotion and attention: a review of evidence from psychology and neuroscience. *Behavioral Cognitive Neuroscience Review* (2), pp. 115-129.

désactivant les vieilles habitudes de pensées.

A.1 La méditation de pleine conscience est un entraînement mental qui demande une pleine attention à l'instant présent par la contemplation

A.1.1 La méditation prend en compte l'aspect global de la personne dans ses sensations et ses perceptions

La méditation de pleine conscience fait partie des approches dites « approches corps-esprit » qui sont un ensemble de techniques et de thérapies s'intéressant aux mécanismes d'interaction entre l'esprit et le corps et prenant en compte l'aspect pluridimensionnel de la personne: sa sphère physique (ses organes, ses tissus), sa sphère physiologique (son système endocrinien, son système nerveux) et sa sphère psychologique (ses pensées, ses émotions). Il existe un grand nombre de formes ou de techniques méditatives. Pour l'essentiel, il s'agit d'un entraînement de l'esprit. Semblable à l'entraînement d'un muscle ou d'un instrument de musique. Cela en vue de libérer l'esprit de pensées inutiles, stressantes ou négatives, sources de désordres émotionnels et de « stress interne ». Cet entraînement de l'esprit consiste à maintenir son attention sans se laisser distraire par le flot de pensées qui émergent à la conscience. En d'autres mots, « fixer » son esprit sur un support (objet, son, visualisation, ou respiration) ou au contraire sur aucun support en gardant son attention sur un espace de vacuité*. Le mental, silencieux, laisserait la place à une pure observation de ce qui est et de ce qui surgit dans l'esprit sans jugement ni analyse.

« Le corps est le véhicule de l'être au monde », selon une formule de Merleau-Ponty. Être au monde, c'est ce que recherchent les adeptes de la méditation. La pleine conscience vise à améliorer la perception de ses émotions, de ses pensées et est un moyen puissant de se reconnecter avec les sensations du corps, qui est si souvent mis de côté lorsqu'il vieillit. Pouvoir ressentir à nouveau des sensations corporelles permet de se ré-approprier son corps, et d'être plus présent aux signaux qu'il donne. La pratique de la pleine conscience se conçoit dans un esprit de bienveillance par rapport à soi même qui contribue dans de nombreuses études à la reconquête de l'estime de soi.

A.1.2 La méditation de pleine conscience s'appuie sur la contemplation de l'expérience spatio-temporelle

La méditation de pleine conscience est une ouverture maximale du champ attentionnel, portant sur l'ensemble de l'expérience personnelle de l'instant, autrement dit, tout ce qui est présent à l'esprit, minute après minute : perceptions du rythme respiratoire, des sensations corporelles, de ce que l'on voit et entend, de l'état émotionnel, des pensées qui vont et viennent. Cela consiste à ramener son attention sur l'instant présent et à examiner les sensations qui se présentent à l'esprit, comment elles apparaissent, comment elles durent quelque temps, et comment elles disparaissent. Par la suite, le pratiquant va aussi examiner la matière, les perceptions, les habitudes mentales positives ou négatives, la conscience, comment toutes les choses apparaissent, comment elles durent et comment elles disparaissent. L'observateur reste neutre et silencieux (le "silence mental") en examinant l'apparition et la disparition des sensations agréables, neutres ou désagréables, sans juger, sans chercher à retenir la sensation agréable ou à rejeter la sensation désagréable. L'observateur fait l'apprentissage du détachement et il se libère progressivement de la matière, de la sensation, de la perception, des conditionnements mentaux, de la conscience, et donc des affects. S'il fait le choix de les abandonner, c'est parce qu'il a la conviction que ce phénomène est toujours à double manifestation, joie et tristesse, donc "pas de satisfaction définitive" comme l'avait décrit Rousseau.

A.1.3 La méditation de pleine conscience s'appuie sur le non-jugement et le détachement des émotions et des pensées

La seconde attitude fondamentale est un désengagement des tendances à juger, à contrôler ou à orienter cette expérience de l'instant présent. La pleine conscience est une conscience « non élaborative », dans laquelle on ne cherche pas à analyser ou à mettre en mots, mais plutôt à observer et à éprouver. L'objectif étant d'adopter la pleine conscience comme une attitude mentale régulièrement pratiquée, afin de bénéficier de parenthèses au milieu des multiples

engagements dans l'action ou sollicitations existant au quotidien pour se recentrer sur sa respiration et sur l'ensemble de ses sensations, ou de prendre l'habitude d'accepter d'éprouver les émotions désagréables (après un conflit ou une difficulté) plutôt que de vouloir à tout prix les éviter, en passant à autre chose, que ce soit le travail ou une distraction, pour se « changer les idées » ou à les masquer, mais au contraire à les accepter sans les amplifier. Ce qui rejoint Nietzsche quand il soutenait que « La pire maladie des hommes provient de la façon dont ils ont combattu leurs maux. »⁸¹ et qu'il ne s'agit pas de supprimer les symptômes et de nier les causes, mais de reprendre possession de ceux-ci et d'apprendre à vivre en leur compagnie.

A.1.4 La méditation répond aux besoins spirituels de la personne âgée

Le besoin spirituel* se situe tout en haut de la pyramide de Maslow. Au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel est cet espace en soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible. La conscience de soi de l'être humain moderne a été gagnée au prix de la perte de la perception de sa nature spirituelle et de celle du monde. Les questions existentielles de l'être humain en général et de la personne âgée en particulier proviendraient de la perte de cette perception. La méditation, qui est un composant de nombreuses religions et a été pratiquée depuis l'antiquité, peut répondre, par ses objectifs, aux besoins spirituels des personnes âgées à l'approche de la mort même. Par le biais d'une méditation, l'être humain peut à nouveau faire l'expérience objective du monde spirituel. Sous sa forme actuelle occidentale, la méditation de pleine conscience est le plus souvent dispensée en groupes, selon des protocoles assez codifiés comportant huit séances de deux heures environ, suivant un rythme hebdomadaire. Elle nécessite l'accompagnement d'un instructeur expérimenté qui peut apporter les conseils appropriés et gérer les crises.

A.2 Les neurosciences étudient les effets de la méditation sur le cerveau de moines bouddhistes et démontrent qu'elle aide au déconditionnement de certains automatismes psychiques et agit sur l'interprétation de stimuli perceptuels en augmentant le cortex préfrontal gauche, siège des émotions positives

Il y a quelques années, des scientifiques de l'université du Wisconsin, les docteurs Richard Davidson et Antoine Lutz⁸², ont étudié les changements qui affectent le cerveau de moines bouddhistes tibétains entraînés à la méditation. Sur les tracés, les différentes régions du cerveau oscillent en harmonie et se synchronisent lors de la pratique méditative. Ils découvrent, lors d'une méditation profonde des moines, une puissante activité dans la région préfrontale gauche du cortex, siège des émotions positives. Le développement du cortex préfrontal permet d'être en meilleure connexion avec ses émotions et favorise ce faisant un excellent contrôle de soi, mais également une intelligence émotionnelle vis-à-vis des autres. Le développement de cette zone nous met en meilleur rapport avec ce que les scientifiques appellent les neurones miroirs, qui nous permettent de nous « caler » sur autrui, de mieux comprendre leur propre état émotionnel, favorisant l'éveil du sentiment de compassion, d'harmonie et de bonheur. Les moines produisent aussi des ondes cérébrales* incroyablement fortes, preuve d'une activité mentale exceptionnelle⁸³. La première expérience a lieu en mai 2001 avec l'abbé d'un monastère bouddhiste en Inde qui s'était adonné à la méditation sur la compassion pendant 30 ans. Davidson⁸⁴ constata que pendant la méditation sur la compassion, l'activité de son cortex préfrontal gauche surpassait de 99,7 % celle des sujets jamais testés jusque-là. Lors de travaux antérieurs sur le cerveau, Davidson⁸⁵ avait déjà découvert qu'une émotion négative (anxiété, peur, tristesse) stimulait des zones situées dans notre amygdale et notre cortex préfrontal droit. En revanche, lorsque les émotions étaient agréables (optimisme, enthousiasme, bonne humeur, calme) ces zones étaient silencieuses, tandis

⁸¹ Paul-Laurent, A. (1998). *Freud et Nietzsche*. Paris: Quadrige/P.U.F. p276

⁸² Davidson, R., & Lutz, A. &. (2007, Juin 27). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proc National Academy Science USA*, 104 (27), pp. 11483-8.

⁸³ Lutz, A. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *National Academy of Science of the USA*, (pp. 16369-16373).

⁸⁴ Davidson, R., & Kabat-Zinn, J. &. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 564-570.

⁸⁵ Davidson, R. &. (1995). Cerebral asymmetry, emotion and affective style. *Brain asymmetry* (13), pp. 361-387.

que notre cortex préfrontal gauche augmentait son activité. En étudiant ces méditants de longue date, l'équipe de Davidson découvrit que leur index d'activité cérébrale moyenne tendait, en effet, nettement vers la gauche avec une activité particulièrement forte de la zone préfrontal gauche. Les zones de l'hémisphère gauche impliquées dans la bonne humeur, fonctionnaient même en dehors des pratiques spirituelles. Une autre étude menée par Antoine Lutz sur des cadres stressés d'une grande entreprise de biotechnologie a montré qu'au bout d'à peine huit semaines d'application du programme de méditation de pleine conscience, on observait un rééquilibrage important de l'activité électrique du cerveau. Les régions cérébrales associées à la bonne humeur et à l'optimisme (régions frontales gauches) étaient nettement plus actives comparées à leur état antérieur ou à celui du groupe témoin. Les études du Dr Davidson ont démontré que chez les personnes méditant régulièrement, les zones cérébrales associées à la joie et au bonheur sont particulièrement plus actives en tout temps, même lorsque ces personnes sont confrontées à une situation stressante. Ces mêmes études ont démontré que la pratique régulière de ces techniques permet de reprogrammer les connexions cérébrales de manière à activer principalement les zones associées aux sentiments de bien-être et de joie.

A l'université de Yale, une étude menée par Heidi Somaz⁸⁶ portant sur 210 personnes indique que la méditation diminue le recours aux automatismes et réflexes conditionnés du cerveau. Les méditants, par rapport au groupe témoin, avait plus de facilité à sortir de modèles psychiques acquis. Ils ne perdaient pas le recours à ces automatismes quand cela était nécessaire (lire, écouter, faire de la musique) mais serait plus apte à se défaire intentionnellement de mauvaises habitudes, préjugés ou idées reçues. Une récente étude menée par des chercheurs américains et allemands⁸⁷ a pu montrer des changements neurologiques chez des participants à un programme de réduction du stress par la méditation de pleine conscience. Certaines régions de leur cerveau verraient leur matière grise augmenter dans des zones associées à la mémoire, la conscience de soi et l'empathie. Les chercheurs ont aussi observé que le déclin normal avec le vieillissement de la quantité de matière blanche, composée de faisceaux de fibres nerveuses qui assurent une plus grande connexion entre les différentes parties du cerveau, était moindre chez les méditants. L'analyse des images (IRM) a permis d'identifier une augmentation de la densité de la matière grise dans l'hippocampe (siège du contrôle des processus d'apprentissage et de mémorisation) chez les participants au programme. Cette augmentation a aussi été observée dans 3 zones associées à la conscience de soi, à l'empathie et à l'introspection. Ces modifications de la structure du cerveau permettraient une meilleure régulation du cerveau émotionnel par le cerveau cognitif. Cela confirmerait l'hypothèse du psychiatre et chercheur Arthur J. Deikman⁸⁸ stipulant qu'outre le fait que la méditation puisse induire des expériences d'ordre mystique, elle aide au déconditionnement de certains automatismes psychiques et agirait sur l'interprétation de stimuli perceptuels. Kabat-Zinn⁸⁹ et ses collègues ont étudié les effets de la pratique de la conscience de l'instant présent instant après instant sur le cerveau et les émotions, en particulier lors du stress, ainsi que sur le système immunitaire. La MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) ou « Réduction du stress basée sur la pleine conscience » est le nom donné par Jon Kabat-Zinn au programme qu'il développe à la clinique de réduction du stress du centre hospitalier du Massachusetts depuis 1979 et qui a été appliquée dans de nombreuses cliniques et étudiée dans le traitement de nombreuses pathologies. Ce programme a également été appliqué auprès d'un public âgé, notamment à l'université de Carnegie Mellon ou une étude⁹⁰ sur 40 personnes de 55 à 85 ans, a montré que la méditation de pleine conscience réduirait la solitude des personnes âgées et les facteurs de risque pour la santé qui en découlent, notamment les maladies cardio-

⁸⁶ Wenk-Sormaz, H. (2005, Mar-Apr). Meditation can reduce habitual responding. *alternative Therapy Health Medicine* . p11, 42-58

⁸⁷ Hözel BK, C. J. (2011, January 30). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research* (191), pp. 36-43.

⁸⁸ Deikman, A. J. (2000, Nov/Dec). Cognitive models and spiritual maps. *Journal of Consciousness Studies* , 7 (11-12).

⁸⁹ Kabat-Zinn, J. (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience*. De Boeck.

⁹⁰ Creswell, J. David, (2012 October 7). *Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults*. *Brain, Behavior and Immunity*, 26 (7). pp1095-1101

vasculaires et la maladie d'Alzheimer. L'étude d'échantillons de sang prélevés auprès des participants a démontré une diminution des mécanismes biologiques responsables d'une augmentation de la réponse inflammatoire du système immunitaire. La matière grise permet aussi de contrôler la motricité du corps humain et aussi sa perception de la douleur. L'épaisseur de la couche de matière grise dans le cerveau étant augmentée par la méditation, la personne âgée serait moins susceptible de ressentir la douleur.

A.3 La méditation auprès des personnes âgées présentent quelques limites

Bien que la technique méditative soit très simple au départ, elle peut déstabiliser certaines personnes fragiles psychologiquement, certains états de conscience sont parfois proches de la maladie mentale. Il faut en effet faire attention à la vulnérabilité psychique et au fait que la méditation peut conduire à des expériences parfois mal contrôlées par le patient. Il est nécessaire d'être guidé par des personnes expérimentées et compétentes car à défaut d'une bonne appréhension et compréhension des philosophies orientales, méditer peut comporter des risques physiques et/ou mentaux comme des hallucinations déjà présentes dans les risques de la maladie de Parkinson et son traitement ou soulever des crises d'angoisse face au vide et au silence.

L'absence de mouvement peut également représenter une limite. Le corps reste le principal champ d'actions du cerveau émotionnel et contient la mémoire de toutes les expériences passées et émotions réprimées. L'objectif thérapeutique est qu'il soit adapté au présent au lieu de réagir à des situations du passé. A cette fin, il est souvent plus efficace d'utiliser des méthodes qui passent par le corps et influent directement sur le cerveau émotionnel. Dans le cas des personnes âgées, cela nécessite un mouvement pour réveiller ces émotions imprimées dans le corps⁹¹.

Enfin, la position immobile, les yeux fermés posent problème aux personnes âgées qui souvent s'endorment. Il leur est très difficile de concevoir une activité immobile quand leur passé a été, dans ce milieu rural, très actif et à des fins « utiles ».

B L'art-thérapie à dominantes arts plastiques suscite un plaisir esthétique dans la contemplation et par l'activité artistique, influe sur la composante émotionnelle et cognitive du bien-être et change la perception de la réalité

B.1 L'art-thérapie à dominante arts plastiques utilise la contemplation et les effets éducatifs de l'Art pour porter l'attention de la personne âgée sur la beauté et le plaisir esthétique

Pour la plupart des philosophes grecs, la contemplation (thêôria, de Théa : déesse, et oraô : voir) désigne une attitude de connaissance qui permet à l'être humain de se libérer d'une condition commune d'esclavage du sensible, des désirs et des opinions. Par là, la philosophie grecque est en accord avec la sagesse traditionnelle, telle qu'on la retrouve formulée dans toutes les grandes voies spirituelles.

B.1.1 La contemplation d'œuvres d'Art suscite une émotion esthétique et apaise la pensée

L'art-thérapeute à dominante arts plastiques utilise les mécanismes de l'impression, premièrement en offrant une œuvre d'Art à la captation du patient, incitant une émotion esthétique. La puissance de l'harmonie capte la sensibilité* de la personne âgée. Le plaisir survient tout entier, reste immobile aussi longtemps que la personne est tournée vers l'œuvre. L'émotion esthétique apaise alors la pensée. Semir Zeki⁹², explique que l'émotion esthétique s'inscrit « comme l'aboutissement d'un processus évolutif lié à la séduction ». D'autant que, dans le même temps, sont activées les zones impliquées dans la reconnaissance des visages ce qui revient à dire que l'émotion suscitée est du même ordre que celle que provoque la vue d'un visage aimé. Et ce sont alors les circuits produisant les hormones du plaisir et de la récompense qui se déclenchent, ajoutant à la contemplation esthétique profondeur de champ et résonnance intérieure. « le plaisir esthétique mobilise, de manière concertée des ensembles de neurones qui

⁹¹ Dr Janov (1997), *Le corps se souvient*, Éditions du Rocher, Paris.

⁹² Zeki, S. (1999). *Inner Vision: an exploration of art and the brain*. Oxford University Press. pp76-96

unissent les représentations mentales les plus synthétiques élaborées par les structures du cerveau engagées dans les fonctions cognitives comme le cortex préfrontal , avec une activité précise du système des émotions»⁹³.

B.1.2 La contemplation esthétique incite au détachement et invite à être présent

Contempler, explique Bergson dans *Le Rire*⁹⁴, c'est revenir à un regard innocent sur la Nature. Le détachement esthétique est une distance délicate, sensible et attentive, capable d'apprécier, d'observer et de goûter l'harmonie des formes. C'est un moment où se trouve mis en parenthèses l'attachement habituel de la perception. L'Art rend donc le regard de la personne âgée plus libre dans une relation sensible, poétique avec le monde, qu'elle avait oubliée, repliée sur elle-même et sa souffrance. Cette sensibilité esthétique permet d'appréhender l'individualité des choses et des êtres par delà les concepts de l'intellect. Ainsi pour Bergson, la mission de l'art est de nous faire découvrir la Nature, de nous faire rencontrer la réalité par la voie de la sensibilité. Contempler, c'est cesser de s'efforcer, de vouloir, de désirer, de poursuivre, de se propulser dans le temps. Or c'est bien la projection dans le temps qui provoque la souffrance de la vie humaine. Schopenhauer⁹⁵ voyait dans la contemplation esthétique un remède, une possibilité d'échapper temporairement à la souffrance. La contemplation possède un statut tout à fait différent de toutes les autres activités de l'esprit, car elle se déploie dans le détachement. La contemplation remplit la vie, car elle la rend à sa propre plénitude. Elle est un moment de bonheur, car elle est un moment de coïncidence avec soi.

Si comme l'écrivait Dostoïevsky, « la beauté sauvera le monde », l'Art guérit des peurs car il libère et transforme, non seulement l'objet mais aussi le sujet, passage de la matière à l'esprit, du dehors au-dedans et du dedans au transcendant. « Un tableau ne cherche pas simplement à rappeler un paysage ou un visage, mais il est essentiellement appel à y entrer. On ne regarde pas un tableau, on y pénètre. « Jamais devant, toujours dedans » nous répète Tal Coat⁹⁶. La personne âgée devient alors plus présente dans l'instant, détachée de sa perception négative de sa réalité. . Jean Paul II rappelait que⁹⁷ « La beauté, comme la vérité, c'est ce qui met la joie au coeur des hommes, c'est ce fruit précieux qui résiste à l'usage du temps, qui unit les générations et les fait communier l'admiration.» Pour lui, la beauté est la seule fin à rechercher ici bas. Elle est l'éternité sur terre et renvoie à la transcendance*. André Malraux écrit dans la *Métamorphose des Dieux* en 1957 que « le seul domaine où le divin soit visible est l'art, quelque nom qu'on lui donne. » L'art ne cherche pas simplement à représenter mais à nous rendre présent. Dans la contemplation esthétique nulle appropriation de l'objet, mais un «détachement». L'attention, cette concentration de l'activité mentale sur un objet déterminé, est apprentissage du réel. Dans le silence de l'émerveillement, les formes artistiques sont des tentatives pour nous faire passer du dehors au dedans puis du dedans au transcendant, écrivait déjà saint Bonaventure au 13^{ème} siècle.⁹⁸ Pour les artistes chinois le but de l'Art est de fondre les éléments spirituels et matériels dans un rythme universel devenant alors perceptible et réel. Pour eux, l'art n'est que l'expression de l'harmonie vitale, un bel équilibre entre toutes les forces de l'esprit humain. "Le secret de l'art réside dans l'artiste lui-même" dit un critique du douzième siècle, Kuo Jo Hiu. Son pouvoir est tel que non seulement les sons, les formes et les couleurs mais le sens qui leur est attaché, se transforment, prennent une vie nouvelle, ou plutôt dégagent toute la vie qu'ils contiennent.

B.1.3 La contemplation d'œuvres d'Art transforme la conscience de la réalité

La contemplation d'une œuvre d'Art dans le cadre privilégié et protégé d'une séance d'art-thérapie permettrait à la personne âgée de s'extirper de son quotidien et de bénéficier du pouvoir éducatif de l'Art pour sortir de ses automatismes. Heidegger, dans son analyse du monde

⁹³ Changeux, J.-P. (1994). *Raison et Plaisir*. Paris: Odile Jacob. pp189-201

⁹⁴ Bergson, H. (2000). *Le Rire*. P.U.F. pp115-118

⁹⁵ Schopenhauer. (2004). *Le Monde comme Volonté de Représentation*. P.U.F. réédition. pp282-283

⁹⁶ Maldiney, H. &. (1954). Tal Coat. *Derrière le Miroir* (64).

⁹⁷ Fagniez, P. (2007). *Jean-Paul II et les Artistes*. Paris: Editions de l'Emmanuel. p195

⁹⁸ Bonaventure, S. (1960). *Itinéraire de l'esprit vers Dieu*. (H. Duméry, Trad.) Paris: Vrin. Introduction

ambient⁹⁹ affirme que nous nous rapportons à chaque chose sur le mode de l'utilité et à l'usage que nous en faisons dans notre quotidien. Une perception est alors articulée autour d'un besoin. La conscience s'oriente dans la réalité selon l'utile ou le nuisible, de sorte que, comme le remarquait Bergson, la perception est elle-même d'avance tournée vers le faire et vers l'action: quand je n'ai pas besoin d'une chose, je ne la remarque pas, et quand j'en ai besoin, elle s'efface devant l'usage que j'en fais. Bergson soutient que l'art est une voie d'accès plus directe à la réalité que la perception commune car les sens et la conscience de l'artiste sont en consonance avec le réel. Bergson oppose la « vision » de l'artiste au « regard » des « humains ordinaires », filtré par des « conventions » pratiques s'interposant entre « l'objet » et nous. L'artiste, lui « voit » mieux car débarrassé de ces conventions, il entre en contact « direct » avec « la réalité ». Il atteint ainsi l'objet tel qu'il est réellement, dans son essence. L'œuvre d'art, offerte à la captation dans une contemplation désintéressée pendant une séance d'art-thérapie, échappe donc à ce que Kant, dans la Critique de la faculté de juger, nommait la « propension pragmatique au bien-être » : ce qui caractérise la contemplation esthétique, selon Kant, est que l'œuvre ne vient pas répondre à un besoin préalable. Il s'agit alors d'une expérience qui défait tout ce que le monde avait de familier et de quotidien et introduit le patient ailleurs, dans un autre espace, c'est-à-dire dans le monde de l'œuvre elle-même, où il « perd ses repères »: contempler une œuvre, c'est aller jusqu'à elle. Sans cela, il n'y a pas d'expérience artistique. L'art est donc étranger à la réalité quotidienne de la personne âgée dont il l'extirpe et lui procure une satisfaction spirituelle loin des besoins du corps qui dictent le rapport aux objets. L'œuvre d'Art, en effet, n'a pas pour finalité de satisfaire des besoins corporels. Selon Hegel¹⁰⁰, l'esprit lui aussi a un besoin, celui de prendre conscience de lui-même, et c'est justement en créant quelque chose qui n'a aucune utilité pour le corps que l'homme prend peu à peu conscience de sa nature spirituelle. Le beau est la satisfaction qui accompagne une telle prise de conscience, l'art peut donc transformer notre conscience de la réalité. C'est l'art qui nous rend sensibles au beau, c'est lui qui nous éduque à la beauté des choses qui nous entourent. Quand nous trouvons belle la nature, c'est en fait parce que nous la jugeons telle à partir de notre expérience des œuvres d'art. Ce qui nous plaît dans le chant du rossignol, c'est qu'il semble imiter un musicien ; ce qui nous plaît dans le beau paysage, c'est qu'il semble être fait pour être peint. Par le contact avec l'Art, nous l'avons vu, la personne âgée change de regard et porte son attention sur la beauté. La contemplation esthétique lui redonne ce que l'usage quotidien lui avait fait oublier, indépendamment de tout projet et de tout besoin. Pour Semir Zeki, le cerveau comme l'artiste, doit éliminer des infos qui ne sont pas essentielles pour parvenir à percevoir le caractère propre des objets, leur « essence » et ainsi parvenir à une véritable connaissance du monde.

B.2 L'implication du corps en art-thérapie à dominante arts plastiques suscite des gratifications sensorielles et a des effets sur les structures neuronales au travers de l'activité

B.2.1 L'art-thérapie à dominante arts plastiques implique le corps et l'esprit dans une « expérience optimale » au travers du plaisir esthétique dans un cadre sécurisé

L'intelligence émotionnelle s'exprime de manière optimale quand les deux cerveaux, cortical et limbique, coopèrent à chaque instant dans un équilibre semblable à celui entre le système orthosympathique et parasympathique: le cerveau émotionnel donnant l'impulsion et la direction, le cerveau cognitif organisant. Cet équilibre se caractérise par un état de calme où l'on prend les bonnes décisions, où les pensées sont claires et en accord avec le présent. C'est une aspiration naturelle de l'être humain décrite par le psychologue américain Mihali Csikszentmihalyi. Il a ainsi voulu identifier, dans les années 70, les conditions qui pouvaient caractériser les moments que les gens décrivaient parmi les meilleurs de leur vie et a interrogé des alpinistes, des joueurs d'échec, des compositeurs de musique et d'autres personnes qui consacraient beaucoup de temps et d'énergie à des activités pour le simple plaisir de les faire sans recherche de gratifications conventionnelles comme l'argent ou la reconnaissance sociale. Les résultats de ces recherches lui

⁹⁹ Heidegger, M. (1986). *Être et Temps*. Gallimard.

¹⁰⁰ Hegel. (1835). *Esthétique*. (S. Jankélévitch, Trad.) PUF 1953. p22

ont permis de définir le concept de l'expérience optimale qu'il appelle "flow" (qui réfère à l'état subjectif de se sentir bien). Dans son œuvre fondatrice, *Vivre : la psychologie du bonheur*,¹⁰¹ il présente sa théorie selon laquelle les individus sont les plus heureux lorsqu'ils sont dans un état de flow, un état de concentration ou d'absorption complète dans une activité. Selon Csikszentmihalyi, cet état apparaît, entre l'inquiétude (l'anxiété) et l'ennui lorsqu'il y a une correspondance adéquate entre le défi (les exigences de la tâche) et les capacités de l'individu. L'expérience optimale ou flow rend l'individu capable d'oublier les aspects déplaisants de la vie, les frustrations ou les préoccupations. La nature de l'expérience optimale exige une concentration totale de l'attention sur la tâche en cours, de sorte qu'il n'y a plus de place pour la distraction. L'expérience optimale entraîne des conséquences très importantes : meilleure performance¹⁰², créativité, développement des capacités, estime de soi et réduction du stress¹⁰³. Un ensemble d'études¹⁰⁴ l'Expérience Sampling Method (ESM) apportent des résultats concourants et montrent l'importance d'autres concepts dans l'expérience optimale du Flow. Par exemple, Asakawa¹⁰⁵ met en évidence des liens positifs entre la motivation, la satisfaction de la vie et le Flow. Il s'agit d'un état dynamique de bien-être, de plénitude, de joie, d'implication totale. « La combinaison de ces éléments se traduit par un si gratifiant sentiment de profond bien-être que le seul fait de pouvoir le ressentir justifie une grande dépense d'énergie »¹⁰⁶. Ce sentiment crée une harmonie dans la conscience et renforce la structure de soi. L'expérience optimale est quelque chose que l'on peut provoquer. Csikszentmihalyi définit 9 caractéristiques à l'expérience optimale dans lesquelles s'inscrit l'art-thérapie :

- 1) *Equilibre entre défi et habilité : savoir que l'action est faisable, que les capacités sont adaptées et que la tâche peut être abordée avec la possibilité d'être réussie sans ennui, ni anxiété.* L'art-thérapeute adapte l'activité artistique aux capacités du patient, conscient des exigences des outils et de la peinture
- 2) *Concentration sur la tâche :* Le cadre spatio-temporel de l'atelier permet au patient de se concentrer sur l'activité artistique en toute sécurité et confiance
- 3) *Cible claire :* L'art-thérapeute définit des objectifs précis à chaque étape de l'activité artistique et communique avec le patient pour s'assurer de la clarté des consignes
- 4) *Rétroaction, feedback clair et précis, la tâche doit procurer un retour immédiat.* Les gratifications sensorielles sont au cœur de l'art-thérapie ainsi que les gratifications esthétiques et techniques. C'est la détermination de la théorie des 3B et de l'auto-évaluation.
- 5) *Absence de distraction :* L'art-thérapeute s'assure des conditions optimales pour que le patient puisse se concentrer sur l'activité artistique et que celle-ci réponde à ses attentes et à ses besoins de stimulation et d'apprentissage
- 6) *Sentiment de contrôle sur ses actions :* Par une activité adaptée à ses capacités, le patient peut reconquérir un sentiment de contrôle en affirmant ses choix et son style dans une production artistique
- 7) *Absence de préoccupation à propos du soi (mais paradoxalement, le sens de soi se trouve renforcé) :* Le plaisir esthétique procure un sentiment de bien-être qui apaise la pensée et la relation avec l'art-thérapeute permet au patient de dépasser ses inhibitions et craintes.
- 8) *Altération de la perception du temps :* Le patient sort souvent de la séance d'art-thérapie en disant qu'il n'a pas vu le temps passé.
- 9) *Expérience autotélique – bien être : « Autotélique » est un mot composé de deux racines grecques : autos (soi-même) et telos (but). Une activité est autotélique lorsqu'elle est entreprise sans autre but qu'elle-même et procure une récompense du simple fait d'être entreprise. C'est bien là la finalité de l'Art*

Les séances d'art-thérapie dans un cadre spatio-temporel sécurisé avec une stratégie

¹⁰¹ Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre, la psychologie du bonheur*. Paris: Robert Laffont. p99 & p24

¹⁰² Demontrond-Behr, P. &. (2003). Mesurer l'expérience optimale de flow en contexte sportif. *Congrès de l'ACAPS*. Toulouse200: Structure Fédérative de recherche.

¹⁰³ Csikszentmihalyi, M. (2006). *La créativité: psychologie de la découverte et de l'invention*. Paris: Robert Laffont.

¹⁰⁴ Heutte, J. (2011, mars 18). La part du collectif dans la motivation et son impact sur le bien-être. *Thèse de Doctorat*. Paris. p100

¹⁰⁵ Asakawa, K. (2004). Flow experience and autotelic personality in Japanese college students. *Journal of Happiness Studies* (5), pp. 123-154.

¹⁰⁶ Barth, B. (1993). *Le savoir en construction: former une pédagogie de la compréhension*. (U. d. Sciences, Éd.) Paris: Editions Retz.

thérapeutique adaptée au patient offre à celui-ci les conditions d'une expérience optimale ; Le patient peut s'engager dans l'activité artistique mobilisant sa concentration et portant son attention sur le moment, procurant des gratifications sensorielles et esthétiques et un défi à la hauteur de ses capacités physiques et cognitives sans autre finalité que l'activité elle-même.

B.2.2 Le mouvement du corps agit sur le développement des capacités cognitives en créant de nouvelles connexions neuronales

L'art-thérapie à dominante arts plastiques utilise le corps et ses mouvements dans une activité physique*. Or les nouvelles technologies liées à l'étude du cerveau (Imagerie à résonance magnétique) ont mis en évidence la correspondance entre le mouvement du corps et le développement des capacités cognitives. En résumé, plus on bouge et plus on développe nos capacités psychomotrices, plus on améliore le fonctionnement de notre cerveau par la création de nouvelles connexions neuronales. Les bénéfices d'une vie de mouvement ne se situent donc pas qu'au niveau corporel, mais aussi et surtout au niveau mental. La plupart des études sur les liens entre activité physique et intellect prouvent un effet bénéfique de l'exercice, ceci à n'importe quel âge (l'activité physique est associée non seulement au maintien des capacités intellectuelles, mais même à une moindre apparition de la maladie d'Alzheimer). Ces études ont montré que ce sont les fonctions qui ont à voir avec la réflexion, la décision, l'adaptation aux situations nouvelles, qui y gagnent le plus. La moitié des déclin physiologiques rencontrés au cours du vieillissement, contribuant au déclin de la capacité physique fonctionnelle, et ainsi à l'apparition de la fragilité, de limitations physiques fonctionnelles et de la dépendance, ne sont pas forcément une conséquence naturelle du processus de vieillissement. Comme l'affirme Wagner, l'activité physique est la caractéristique clé du vieillissement réussi parce qu'elle prévient ou, au moins, ralentit le déclin physiologique associé à la fragilité. L'activité physique est un moyen permettant de contribuer à un vieillissement sain et a l'avantage d'agir simultanément sur plusieurs organes et sur de multiples facteurs de risque communs à différentes pathologies. Son action porte à la fois sur la santé physique et la santé mentale des individus en contribuant à leur bien-être et à leur qualité de vie ¹⁰⁷. Nous avons vu que les fonctions les plus sensibles aux effets du vieillissement sont les capacités mnésiques à court terme, le temps de réaction, l'attention sélective, les capacités visuo-spatiales et l'intelligence fluide. L'activité physique pourrait exercer son effet bénéfique en améliorant l'utilisation de l'oxygène et/ou le débit sanguin cérébral, en exerçant une action directe synaptique et/ou neuronale en raison de l'enrichissement de l'environnement en stimulations sensorielles et motrices, en réduisant l'insulino- résistance et/ou en améliorant l'estime de soi. De plus, l'activité physique favorise un meilleur capital verbal, une rétention visuelle plus importante, une bonne structuration spatiale, un tonus mental plus élevé et contribue également au développement de la mémoire et des habiletés intellectuelles

En conclusion, l'activité physique prévient l'apparition d'un certain nombre de phénomènes délétères liés au vieillissement et génère chez les sujets âgés un mieux-être physique accompagné, sur le plan psycho-intellectuel, d'un sentiment de satisfaction. L'amélioration de l'aptitude physique et la rupture avec la sédentarité permettent une indiscutable amélioration de la qualité de vie chez la plupart des sujets¹⁰⁸. De plus, l'action est toujours neuve dans l'activité créatrice. Elle prend en compte les circonstances du moment, qui ne sont jamais exactement les mêmes que celles déjà connues dans le passé et qui avaient provoqué un certain type d'action en retour. L'activité artistique aide donc bannir les automatismes, les habitudes néfastes de la personne âgée. Enfin, l'expression de ses émotions suscitée par le mouvement et l'implication du corps permet de les affronter dans un cadre sécurisé et de les réintégrer positivement sans passer par la communication verbale.

B.3 L'art-thérapie répond aux besoins existentiels et relationnels de la personne âgée

B.3.1 L'activité artistique s'appuie sur les mécanismes de l'expression et permet une

¹⁰⁷ Spirduso WW, C. B. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine Sciences Sports Exercises* (33), pp. S598-S608.

¹⁰⁸ Lautenschlager NT, A. O. (2006). Physical activity and cognition in old age. *Current Opinion in Psychiatry* (19), pp. 190-193.

communication hors verbale.

Dans l'activité artistique, il ne s'agit pas de provoquer la réminiscence de souvenirs, mais plutôt d'accueillir l'émergence d'une émotion et d'accompagner la personne dans l'élaboration d'une forme qui cristallise cet instant sans qu'il soit nécessaire d'en décrypter le sens, ou d'en rechercher l'origine comme il peut l'être en psychothérapie. Au contraire, l'attention est portée sur l'ici et maintenant comme en méditation. La forme picturale va tisser un lien dans le présent émotionnel de la personne avec sa mémoire affective et l'extériorisation de celle-ci par la ligne, la forme et la couleur, lui permet de redevenir sujet, agissant sur sa production. C'est bien dans la reprise de ces traces anciennes, qu'elle pensait oubliées, que la personne âgée conduit son bilan de vie et sa préparation à clore sa vie en toute sérénité et détachement. « Se sentir exister, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre ».¹⁰⁹

L'artiste est celui qui crée des liens et des harmonies, entre les couleurs, entre les sons, les mots et les personnes. L'art alors n'est plus une simple imitation de la nature, il est révélation de son mystère, il change notre regard sur elle et éveille la communion entre les hommes. Il crée cette communication hors verbale qui s'opère entre le patient et l'art-thérapeute dans le silence de l'activité artistique. Pour Maurice Zundel, la voie vers une « Présence » qui appelle le don de soi vécu en un désintéressement et un enthousiasme certain, passe par la médiation de l'« Art », qui représente chez l'auteur une catharsis* (purification) et une création de soi, ou avec celle de la « Science », qui constitue encore une manière de vivre cette expérience libératrice de soi et du monde avec soi¹¹⁰. L'expérience de l'art est quelque chose qui nous met en relation avec la quintessence de l'existence. C'est ce qui fait toute la noblesse de l'art. Sa profondeur, c'est d'exprimer le sacré et d'être une façon de le faire vivre d'une manière pas simplement religieuse mais humaine et créatrice.

B.3.2 L'art-thérapie s'appuie sur des ressentis et sur une relation, permettant une communication non verbale

Au travers de la voix, du regard, du toucher, par une attitude bienveillante et sans jugement, se tisse une relation dans « l'ici et maintenant ». Cette communication non-verbale est ressentie par le résident (même lorsqu'il est atteint d'une pathologie affectant la communication verbale) et accompagne la compréhension du discours. Elle manifeste le vécu de la personne par le langage du corps, le regard, le geste, l'intonation de la voix et le silence. Cela nécessite une évaluation constante de la bonne distance. Le contact physique, approprié et mesuré, (par exemple en accompagnant légèrement une main au moment du trace) pourra rétablir la présence de l'autre dans l'espace sensoriel où il était absent. « La rigueur du cadre et de la place de l'intervenant, appellent paradoxalement la disponibilité de l'autre, et facilitent la spontanéité. Dans son acte de peinture, en qualité de sujet peignant, la personne âgée rompt avec sa position de corps soigné »¹¹¹. La relation permet également d'utiliser les émotions positives en intervention : le rire, la dérision, l'indignation amenant aux rires pour aider le patient à dépasser ses peurs et ses inhibitions, pour ancrer les informations et favoriser l'apprentissage. Il est même possible d'aborder des sujets très sérieux par le rire.

B.4 L'art-thérapie à dominante arts plastiques présentent des limites dans la relation et dans le choix de la dominante

B.4.1 La relation avec la personne âgée nécessite un savoir-être et ses exigences peuvent représenter une limite dans la prise en soins en art-thérapie

La personne âgée a besoin de cette présence silencieuse de l'art-thérapeute auprès d'elle pour vivre ce mouvement de recentrage sur elle-même. Mais cette présence nécessite un engagement, une réciprocité qui inexistante, peut être cause de souffrance elle-même. Elle nécessite que l'art-thérapeute ait intégré les valeurs spécifiques de la vieillesse et l'ambition de les faire valoir et se

¹⁰⁹ Winnicott, D. (1975). *Jeu et Réalité*. Paris: Gallimard. p213

¹¹⁰ Darbois, F. (1997). *Oraison sur la vie*. Québec: Anne Sigier.

¹¹¹ Liotard, D. *Dessin et motricité chez les personnes âgées*. Paris: Masson.

développer chez la personne âgée elle-même. L'étymologie latine d'accompagnement nous enseigne sur le sens même du mot, accompagner, c'est cheminer (ad, vers) en partageant le pain (cum-panem), l'essentiel. Mais ce « cum » rappelle qu'en matière d'accompagnement de la fin de vie, l'accompagnant ne précède jamais le malade. Paradoxalement c'est à lui que revient le processus de décision, de choisir ce qui sera le mieux pour la personne âgée qu'il accompagne. C'est aussi à lui que revient de traduire ce que la personne âgée éprouve en utilisant des mots qui peuvent être inadéquats et inappropriée. La relation à la personne âgée confrontée à l'idée de sa mort est particulière, elle doit donner du sens à l'activité artistique comme à la vie toute entière. C'est contribuer en vivant avec elle à construire son identité et celle de l'art-thérapeute, en prenant conscience des limites respectives dans une prise de risques commune où est partagé « l'essentiel » dans l'enrichissement mutuel des représentations du monde.

B.4.2. Des dominantes danse ou théâtre permettent une meilleure implication du corps dans l'expérience optimale

D'autres dominantes comme le théâtre ou la danse peuvent provoquer plus facilement une expérience optimale, notamment par une plus grande implication du corps et l'accès au jeu. De plus au théâtre, l'effet de groupe permet une relation entre acteurs favorisée par la sécurité du cadre de la troupe. Des stages d'art-thérapie à dominante théâtre ou danse ont été effectués auprès de personnes âgées en maison de retraite et ont fait le sujet de mémoires présentés à l'université de Médecine de Tours. Celine Proteau propose une dominante musique et danse et développe une discussion sur l'utilisation du jeu, tandis qu'Elsa Adroguer décrit la pratique de l'art-thérapie à dominante théâtre en maison de retraite et discute les effets du groupe dans les liens entre acteurs. Ces dominantes peuvent être utilisées d'une manière ludique. Selon Stuart Brown, fondateur du National Institute for Play, bien qu'il n'ait d'autre fin que d'être joué, le jeu joue un rôle essentiel dans notre développement. Il permet une exploration individuelle (corps, émotion, imagination) et sociale (communication, confiance, sociabilité), dont la privation pourrait être à l'origine de pathologies¹¹².

C. Un tableau de synthèse comparatif reprend les points communs et divergents des applications et des effets de l'art-thérapie et de la méditation.

	ART-THÉRAPIE	MEDITATION
Méthode	Contemplation esthétique Activité artistique	Contemplation
Applications	Attention sur la beauté Détachement esthétique Non-jugement des émotions Relation d'accompagnement Parties saines du patient Pas d'expression verbale nécessaire Accès à la sensibilité derrière la personnalité	Attention à l'instant présent Détachement Non-jugement des émotions Relation d'accompagnement Parties saines du patient Pas d'expression verbale nécessaire Accès à la sensibilité derrière la personnalité
Effets	Plaisir esthétique Gratifications sensorielles Expérience optimale une concentration plus soutenue des fonctions cognitives plus efficaces plus de sentiments positifs	Conscience spirituelle Contrôle de soi Compassion une concentration plus soutenue des fonctions cognitives plus efficaces plus de sentiments positifs
Objectifs	Amélioration de l'estime de soi Purgation des émotions imprimées dans le corps Amélioration de la perception de la vie Réponse aux besoins relationnels	Amélioration de l'estime de soi Déconditionnement d'automatismes Augmentation des zones du cerveau associées au bien-être Réponse aux besoins existentiels
Limites	Relation Type de dominantes	Syndromes psychiques Absence de mouvement Endormissement

¹¹² Brown, Stuart (2009) *Play: How It Shapes the Brain, Opens the Imagination, and Invigorates the Soul*. Avery.

CONCLUSION

Nous avons essayé dans ce mémoire d'aborder la souffrance des personnes âgées dans un contexte très large et à plusieurs niveaux : l'adaptation à la société, l'adaptation à soi et sa perception personnelle de la vie et enfin le besoin relationnel.

Les stéréotypes de notre culture concernant les représentations de la vieillesse – maladie, dépendance, retour en enfance – habitent très fortement la démarche de soin en gériatrie* et la personne âgée semble incapable de désirer, de prendre la moindre initiative ou décision sans susciter l'intervention de l'environnement. Elle est considérée incapable de suivre les évolutions et donc résistante au changement, il ne lui est même pas reconnu la capacité et le droit de contrarier une démarche de son entourage. Au-delà des comportements, des propos tenus, des attentions toutes maternelles à l'égard de la personne âgée, se tissent des priorités et des démarches dont les objectifs sont plus du registre de la sécurité que de la liberté. L'art-thérapie est une discipline originale et complémentaire à l'équipe pluridisciplinaire, car elle donne la possibilité à la personne âgée, au travers de l'activité artistique, de reprendre contact avec sa capacité à agir et de retrouver les clefs d'un certain pouvoir, de prise en main de sa propre santé. Le mouvement spontané en nous tous, le conatus chez Spinoza, l'élan chez Bergson, tend vers le bonheur, peu importe notre histoire personnelle ou notre âge, comme une plante qui s'oriente spontanément vers le soleil. L'art-thérapie accompagne la personne âgée dans cette reconquête de l'estime de soi et de sa motivation.

Au cœur de ce qui peut ressembler à un large éventail de symptômes physiques et émotionnels, la plupart des problèmes physiologiques et psychologiques des personnes âgées peuvent être reliés à une mauvaise perception d'elles-mêmes qui entrave la tendance normale au bien-être. Le travail créatif avec les subtils changements du système nerveux qu'il suppose est fondamental et interrompt les tendances prévisibles du cerveau. C'est la connexion au corps et aux autres personnes au travers de l'activité artistique qui initie le soin. Quand les thérapies se concentrent sur le manque, sur la douleur et le dysfonctionnement, les patients deviennent habiles à s'orienter vers le négatif. L'art-thérapie est orientée vers les ressources, tant internes qu'externes, afin d'augmenter les aptitudes de la personne âgée à être actrice de son soin sans mise en récit des souffrances inappropriée et inefficace pour agir sur les troubles. En rentrant en contact avec son corps et ses émotions en sécurité et avec confiance dans son environnement, et en étant capable de relations avec l'art thérapeute ou les autres résidents, elle retrouve une place dans le monde et dans sa vie. Les sensations agréables sont liées à la satisfaction des besoins fondamentaux « Je me sens bien quand mes besoins d'autonomie, de compétence, de relation à autrui sont satisfaits. »¹¹³ Les expériences positives créent de nouvelles connexions neuronales qui à leur tour amplifient l'attention aux événements positifs. C'est la prise de conscience de l'état de bien-être qui fait changer ce dernier de statut : d'un simple état plaisant, on accède à un phénomène beaucoup plus intense et tourné vers l'action, développant un « pouvoir d'agir ». Cette prise de conscience constituerait une dimension essentielle du bien-être comme l'écrivait déjà dans ses pensées en 1899, Montesquieu¹¹⁴ : « Il faudrait convaincre les hommes du bonheur qu'ils ignorent, lors même qu'ils en jouissent. ». David Servan-Schreiber décrit la cohérence de cet état comme « un état de prise sur le monde extérieur, presque de corps à corps, mais un corps à corps harmonieux plutôt que conflictuel »¹¹⁵, sans être isolé du monde extérieur mais en vivant ses relations avec fluidité, intensité et calme.

Mais au cœur de la souffrance physique, psychologique, sociale et existentielle qui est la partie relativement visible de la souffrance globale des personnes âgées, se tiendrait une souffrance de nature plus fondamentale à l'être humain qui tient au besoin vital d'être relié autant avec autrui qu'intérieurement avec soi même. Quand une personne ne peut plus se reconnaître dans les

¹¹³ Schutz, W. (1967). Joy, expanding awareness. New York: Gove Press.

¹¹⁴ Montesquieu, (1949) éd. Gallimard, coll. Bibliothèque de la Pléiade. p. 975

¹¹⁵ Servan-Schreiber David (2003) « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse » Editions Robert Laffont.

valeurs dominantes d'une société, quand elle en vient à se considérer comme « anormale » ou inutile, et qu'elle fait face à la perspective de la mort dans l'isolement, l'absence de relation devient une souffrance intime difficile à accompagner. L'Art permet cette rencontre hors verbale et unit, sans préméditation et sans projection, deux personnes qui se « reconnaissent », qui ont en commun la même condition d'être humain et la même soif de sens et de saveur. Cela permet de passer « d'un soin à une seule personne (celle du soignant) au soin à deux personnes »¹¹⁶, c'est-à-dire à une relation de soin qui reste la demande essentielle de tout être humain quel que soit son âge. Les vertus nécessaires à l'accompagnement en art-thérapie auprès des personnes âgées sont rigoureusement les mêmes que les vertus spirituelles que prônent toutes les traditions religieuses ou philosophiques du monde. Une approche globale de la souffrance consiste doublement en un acte qui s'appuie sur des gestes, sur un savoir et des techniques et une manière d'accomplir cet acte. Il nécessite, d'une part une formation où s'enseigne le « faire », et d'autre part une personnalité, une capacité d'humanité, un « être ». Et dans une équipe soignante aux références médicales prenant en charge la maladie et la dépendance, l'art-thérapie a une place et un cadre privilégiés en considérant l'être humain et ses capacités. Bachelard suggérait que : "Entre les mystiques, les musiciens et les poètes, il y a une secrète parenté : c'est dans l'amitié que les poètes ont pour les choses, que nous pourrions connaître ces gerbes d'instant qui donnent valeur humaine à des actes éphémères."¹¹⁷

Cette expérience auprès des personnes âgées a donc été riche d'enseignement tant au niveau de l'application des techniques d'art-thérapie mais aussi de l'approfondissement de la dominante dans ses effets thérapeutiques, que dans la rencontre d'un public avec son destin pathologique faisant appel à tous les principes de l'humanité et plaçant l'art-thérapeute face à son propre destin et ses limites. L'élaboration d'un mémoire a permis d'approfondir la compréhension des notions apprises au cours diplôme universitaire d'art-thérapie et des ressentis de l'expérience, dans la lecture d'innombrables références du monde de la philosophie occidentale et orientale, des neurosciences et de la gérontologie. Les perspectives thérapeutiques de l'art-thérapie semblent innombrables et à des niveaux variés qui nous demanderont encore beaucoup de recherches.

"la vieillesse n'est pas une impasse thérapeutique,
mais une avenue pour des thérapeutiques différents
où le soignant est thérapeute par ses attitudes,
ses comportements, ses paroles, sa structure d'humanité "
Lucien Mias, Émergence de l'approche gérontologique, site papidoc.chic-cm.fr

¹¹⁶ Coudreuse Jean-François, « L'entrée en vieillesse : une nouvelle crise existentielle », in Michel Personne , Les chaos du vieillissement ERES « Pratiques gérontologiques », 2003 p. 45-50.

¹¹⁷ Bachelard, G. (1985). *La psychanalyse du feu*. Folio.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alquié, F. (1979). La conscience affective. Paris: Vrin.
- B.R Mishara, R. R. (1984). Le vieillissement. Paris: Presses Universitaires France.
- Bachelard, G. (1985). La psychanalyse du feu. Folio.
- Barth, B. (1993). Le savoir en construction: former une pédagogie de la compréhension. (U. d. Sciences, Ed.) Paris: Editions Retz.
- Barus-Michel, J. (2004). Souffrance, sens et croyance. L'effet thérapeutique. Paris: Ramoville.
- Ben-Shahar, T. (2007). L'apprentissage du bonheur: principes, préceptes et rituels pour être heureux. Belfond.
- Bergson. (1967). L'énergie Spirituelle. Paris: P.U.F.
- Bergson, H. (1938). La Pensée et le Mouvant. Paris: PUF.
- Bergson, H. (2000). Le Rire. P.U.F.
- Bernard, C. (1865). Introduction à la médecine expérimentale.
- Beru, C. (2002). Phénoménologie de la douleur et représentations de la maladie. Paris V Université René Descartes, Ethique Médicale.
- Bonaventure, S. (1960). Itinéraire de l'esprit vers Dieu. (H. Duméry, Trans.) Paris: Vrin.
- Branden, N. (1998). Self Esteem at work. San Francisco: Jossey-Bass.
- Breton, D. L. (2010). Expériences de la douleur: Entre destruction et renaissance. Paris: Métailié.
- Brown, Stuart (2009) Play: How It Shapes the Brain, Opens the Imagination, and Invigorates the Soul. Avery. 240p
- Burucoa, B. (1998). Souffrance totale de la personne en fin de vie, la crise de mourir. In M. Montheil, Mort, Ethique et spiritualité (p. 248). Paris: L'esprit du temps.
- C. Derouesné, A. A. (1989). Memory complaints in the elderly. Archives Gerontology Geriatric (Suppl.1).
- Carr, N. H.-C. (2008). Art Therapy and Clinical Neuroscience. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Cattel, R. (1987). Intelligence. Its structure, growth and action. New York: Elsevier.
- Changeux, J.-P. (1994). Raison et Plaisir. Paris: Odile Jacob.
- Csikszentmihalyi, M. (2006). La créativité: psychologie de la découverte et de l'invention. Paris: Robert Laffont.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). Vivre, la psychologie du bonheur. Paris: Robert Laffont.
- Coudreuse Jean-François, « L'entrée en vieillesse : une nouvelle crise existentielle », in Michel Personne , Les chaos du vieillissement ERES « Pratiques gérontologiques », 2003 p. 45-50.
- Damasio, A. (1994). L'erreur de Descartes: la raison des émotions. Paris: Odile Jacob.
- Damasio, A. R. (2003). Spinoza avait Raison. (J.-L. Fidel, Trans.) Paris: Odile Jacob.
- Darbois, F. (1997). Oraison sur la vie. Québec: Anne Sigier.
- Descartes, R. Méditations Métaphysiques. Livre de poche de la philosophie 1990.
- Diocèse. (2011). Ouvrez mes yeux. Dimanche de la Santé.
- Dr D. Peters, A. W. (2002). Le grand guide hachette de toutes les médecines.
- Dr Janov (1997), Le corps se souvient, Éditions du Rocher, Paris.
- Dumouchel, D. (1999). Kant et la genèse de la subjectivité esthétique. Paris: Vrin.
- Erik Erikson, J. E. (1986). Vital involment in old age. New York: V.W Norton.
- Erik Erikson, J.E The life Cycle Completed. New York: V. W. Norton.
- Erikson, E. (1968). Identity: youth and crisis. New York: Norton.
- Fagniez, P. (2007). Jean-Paul II et les Artistes. Paris: Editions de l'Emmanuel.
- Forestier, R. (2011). Tout savoir sur la musicothérapie. Lausanne: Favre SA.
- Forestier, R. (2004). Tout savoir sur l'Art occidental. Paris: Favre.
- Forestier, R. (1999). Tout savoir sur l'art-thérapie. Lausanne: Favre.
- Fradin, J. (2008). L'intelligence du stress. Eyrolles .

Fromm, E. (1978). *Avoir ou être?* (C. Réponses, Ed.) Editions Robert Laffont.

Hanson, R. (2011). *Le cerveau de Bouddha*. Paris: Les Arènes.

Hegel. (1835). *Esthétique*. (S. Jankélévitch, Trans.) PUF 1953.

Heidegger, M. (1986). *Être et Temps*. Gallimard.

Hennezel, M. d. (1995). *La mort intime: ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris: Robert Laffont.

Jansen, T. (2007, Janvier 10). *La méditation, une médecine d'avant-garde*. Aromalves .

Kabat-Zinn, J. (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles: De Boeck.

Kandinsky, W. (1988). *Du spirituel dans l'art*. Gallimard.

Kant. (1798). *Anthropologie du point de vue pragmatique*. (1. P. J.Vrin, Ed., & M. Foucault, Trans.)

Laborit, H. (1974). *Eloge de la fuite* (Coll. Libertés 2000 ed.). Paris: Robert Laffont.

Laborit, H. (Writer), & Resnais, A. (Director). (1979). *Mon Oncle d'Amérique* [Motion Picture].

LeDoux, J. (2005). *Le Cerveau des Emotions*. Paris: Odile Jacob.

Leloup, M. d.-L. (2000). *L'Art de Mourir*. Paris: Pocket .

Lemarquis, P. (2012). *Portrait du Cerveau en Artiste*. Paris: Odile Jacob.

Liotard, D. *Dessin et motricité chez les personnes âgées*. Paris: Masson.

Lusebrink, V. (1990). *Imagery and Visual Expression in Therapy*. Basic Books.

Maldiney, H. &. (1954). *Tal Coat. Derrière le Miroir* (64).

Marie De Hennezel, J.-L. L. (2000). *L'Art de Mourir*. Paris: Spiritualité Esotérisme Pocket.

Maslow, A. (1971). *Être Humain: la nature humaine et sa plénitude*. Paris: Eyrolles.

Matisse, H. (1953). *Ecrits et Propos sur l'art*. Paris: Hermann.

Merleau-Ponty, M. (1985). *L'Oeil et l'Esprit*. Paris: Folio.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard.

Montaigne, M. d., *œuvres complètes*, Editions du Seuil, Paris, 1967. Essais I, 39

Mounier, E. (1949). *Le personnalisme*. Paris: PUF coll. que sais je? 2007.

Mounier, E. (2000). *Mounier et sa génération (Lettres, cernets et inédits)*. Paris: Parole et Silence.

Mounier, E. (1934, Oct). *Préface à la réhabilitation de l'art et de l'artiste*. Esprit .

Pascal Sutter, P. E. (2008). *Les nouveaux psys. Ce que l'on sait aujourd'hui de l'esprit humain"*. Paris: Les Arènes.

Paul Sutter, P. E. (2008). *Les nouveaux psys. Ce que l'on sait aujourd'hui de l'esprit humain*. Paris: Les Arènes.

Paul-Laurent, A. (1998). *Freud et Nietzsche*. Paris: Quadrige/P.U.F.

Pert, D. C. (1999). *Molecules of Emotion: the science behind body-mind medicine*. New York: Simon & Schuster.

Platon. *Philèbe*. La Pléiade.

Pollak, P. (2009). *La maladie de Parkinson*. Paris: Odile Jacob.

Quitaud, G. (2004). *Vieillir ou Grandir*. Paris: Dangles.

Ramachadran, V. (2011). *Le cerveau fait de l'esprit* (Quai des Sciences ed.). Dunod.

Riegel, B. M. *Le vieillissement*. Paris, 1984: Presses Universitaires de France.

Rizzolatti, G. (1996, Mars). *Premotor cortex and the recognition of motor actions*. Cognitive Brain Research .

Rochat, P. (2001). *The infant's world*. Harvard University Press .

Rousseau, J.-J. (posth. 1782). *Les rêveries du promeneur solitaire* (Vol. 5e promenade). Nouvelles Editions Latines 1949 325 pages.

Schopenhauer. (2004). *Le Monde comme Volonté de Représentation*. P.U.F. réédition.

Schutz, W. (1967). *Joy, expanding awareness*. New York: Gove Press.

Sénèque. (2001). *Apprendre à vivre. Lettres à Lucillus*. Arléa.

Servan-Shreiber David (2003) « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse » Editions Robert Laffont.

- Spinoza, B. (1677). L'Ethique. (T. F. 1849, Trans.)
- Winnicott, D. (1975). Jeu et Réalité. Paris: Gallimard.
- Zeki, S. (1999). Inner Vision: an exploration of art and the brain. Oxford University Press.

ARTICLES SCIENTIFIQUES ET DOCUMENTS UNIVERSITAIRES

- Adroguer, Elsa (2010), Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes âgées vivant en E.H.P.A.D. Université de Médecine, Tours
- A.Lutz, R. e. (2007, Sept.). Buddha's brain: Neuroplasticity and Meditation. IEEE SIGNAL PROCESSING MAGAZINE , 176.
- Asakawa, K. (2004). Flow experience and autotelic personality in Japanese college students. Journal of Happiness Studies (5), pp. 123-154.
- Balier, C. (1975). Les fondements psychologiques de l'image dévalorisée de la vieillesse. Gérontologie (20).
- Beer, H. J. (1997). The brain has a body. Trends Neuroscience (20), pp. 553-557.
- Bianchi, H. (1988). Brèves remarques à propos du retour dans la vieillesse de deux problématiques des débuts de vie. Gérontologie et société (46).
- Bixby WR, S. T. (2007). The unique relation of physical activity to executive function in older men and women. Medical Science Sports Exercises (39), pp. 1408-1416.
- Boutillier, D. G. (n.d.). Le cerveau. Retrieved 08 14, 2013, from Anatomie: www.anatomie-humaine.com
- Branigan, B. F. (2005). Positive Emotions Broaden the Scope of Attention and Thought-Action Repertoires. Cognition and Emotion (19), pp. 313-332.
- C. Derouesné, A. A. (1989). Memory complaints in the elderly. Archives Gerontology Geriatric (Suppl.1).
- Compton, R. (2003). The interface between emotion and attention: a review of evidence from psychology and neuroscience. Behavioral Cognitive Neuroscience Review (2), pp. 115-129.
- Cooper, C. B. (1970, 10 31). Development of the brain depends on the visual environment. Nature , pp. 477-478.
- Creswell, J. David, (2012 October 7). *Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults*. Brain, Behavior and Immunity, 26 (7). pp1095-1101
- Darbois, F. (n.d.). s'émerveiller, un pont entre art et spiritualité. Retrieved août 16, 2013, from Du spirituel dans l'art: http://darbois.françois.free.fr/publications-fd/du_spirituel_dans_lart
- Davidon, R., & Lutz, A. &. (2007, Juin 27). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. Proc National Academy of Science of the USA , 104 (27), pp. 11483-8.
- Davidson, R. &. (1995). Cerebral assymetry, emotion and affective style. Brain assymetry (13), pp. 361-387.
- Davidson, R., & Kabat-Zinn, J. &. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine , 65, pp. 564-570.
- Deikman, A. J. (2000, Nov/Dec). Cognitive models and spiritual maps. Journal of Consciousness Studies , 7 (11-12).
- Demontrond-Behr, P. &. (2003). Mesurer l'expérience optimale de flow en contexte sportif. Congrès de l'ACAPS. Toulouse200: Structure Fédérative de recherche.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being, progress and opportunities. Social Indicators Research , 31.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. American Psychology (56), pp. 218-226.
- G.Rizzolatti. (1996). Premotor cortex and recognition of motor actions. Cognitive Brain Research
- General, S. (1996). Physical Activity and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services.
- Goel, O. V. (2004, Avril 9). Neuroanatomica correlates of aesthetic preference for paintings. Neuroreport (15).
- Hazaers, Virginie (2010) Une expérience d'art-thérapie à dominante danse peut aider des personnes âgées vivant en maison de retraite à sortir de l'isolement et à retrouver le désir de vivre. Université de Médecine,

Tours

Hözel BK, C. J. (2011, January 30). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research* (191), pp. 36-43.

Heutte, J. (2011, mars 18). La part du collectif dans la motivation et son impact sur le bien-être. Thèse de Doctorat . Paris.

Lautenschlager NT, A. O. (2006). Physical activity and cognition in old age. *Current Opinion in Psychiatry* (19), pp. 190-193.

Lutz, A. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *National Academy of Science of the USA*, (pp. 16369-16373).

Mouralis, B. (1999). Plaidoyer pour une meilleur prévention. *La Recherche Spécial "vivre 120 ans"* , 322.

Panksepp, J. (2003). At the interface of the affective behavioral and cognitive neurosciences: decoding the emotional feelings of the brain. *Brain Cognition* (52), pp. 4-14.

Platel, H. (2011). Art-thérapie et démences: apports de la neuropsychologie. *Revue de neuropsychologie* , 3, pp. 205-206.

Proteau, Cécilia (2010) Une expérience d'art-thérapie à dominante danse et musique auprès de personnes dépressives vivant en maison de retraite. Université de Médecine, Tours

Rauschecker, J. P. (2003). Functional organization, and plasticity of auditory cortex. *The cognitive Neuroscience of music* , pp. 357-365.

Ryff, C. D. (1989). Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* , 57.

Spiriduso WW, C. B. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine Sciences Sports Exercises* (33), pp. S598-S608.

Spiriduso, F. a. (2005). Physical Dimensions of ageing. *Oxford Journals Medicine Age and Ageing* , 36 (1), 113.

Tomarken, A. &. (1998). Frontal brain asymmetry and depression: a self-regulatory perspective. *Cognition and Emotion* (12), pp. 387-420.

Wagner, E. (2002). Preventing decline in function. *The Western Journal of Medicine* (167), p. 29298.

Waneen Spiriduso, K. F. (2005). Physical Dimensions of Ageing. *Oxford Journals Medicine Age and Ageing* , 36 (1), 113.

Wenk-Sormaz, H. (2005, Mar-Apr). Meditation can reduce habitual responding. *alternative Therapy Health Medicine* .

RÉFÉRENCES ET DICTIONNAIRES

A Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Petit Robert, 2012

B Dictionnaire médical 6ème édition, 2009. Quevaudillers J.. Elsevier Masson

C H. Piéron, Vocabulaire de psychanalyse, PUF, 1951

D Tanguy CHÂTEL, Sociologue des religions (Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris) Publié dans la revue ASP Liaisons, n°33, juin 2006, p13-19 « Aspects spirituels de l'accompagnement »

E Lucien Mias, site papidoc.chic-cm.fr

F AM Fernandez Exercise and aging: relationships between functional fitness, body mass index and psychosocial variables [Texte intégral] Paru dans Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris, 21 (1-2) | 2009

G « Vieillir et croître à travers les déclin, un défi spirituel avant tout » Raymonde Cossette et Jacinthe Pepin *Théologiques*, vol. 9, n° 2, 2001, p. 47-67

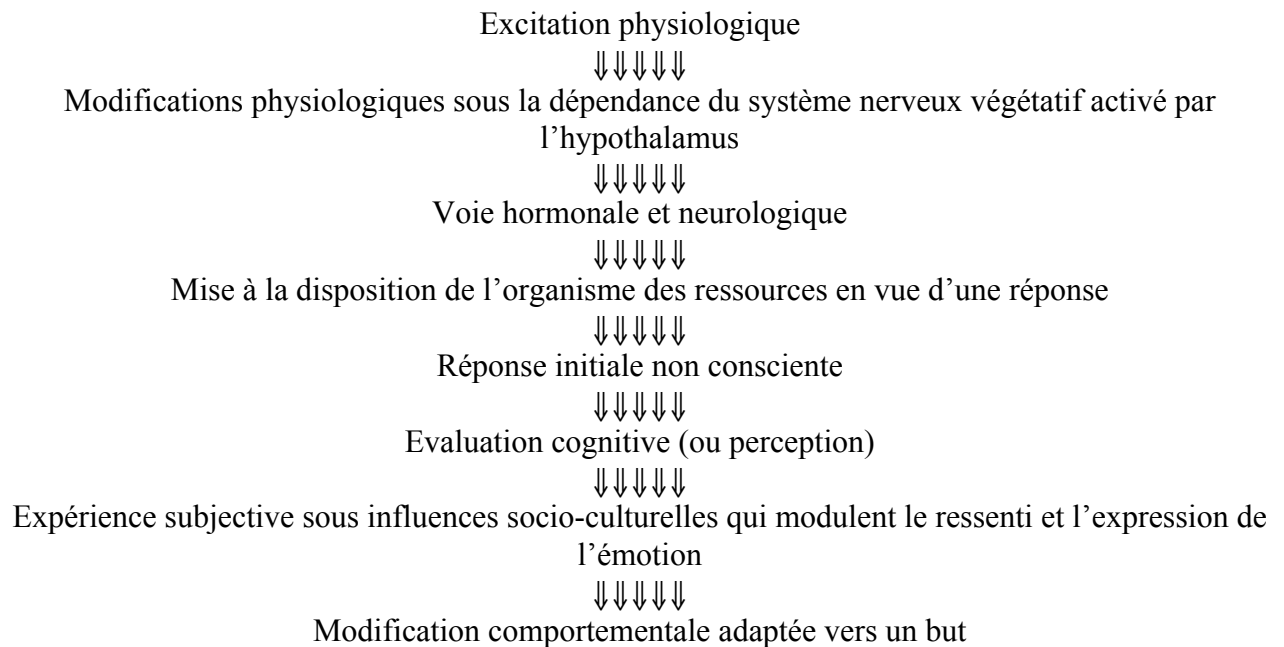
H Le cerveau à tous les niveaux. <http://lecerveau.mcgill.ca>

I Larousse médical 2009, 1ère édition.

ANNEXES

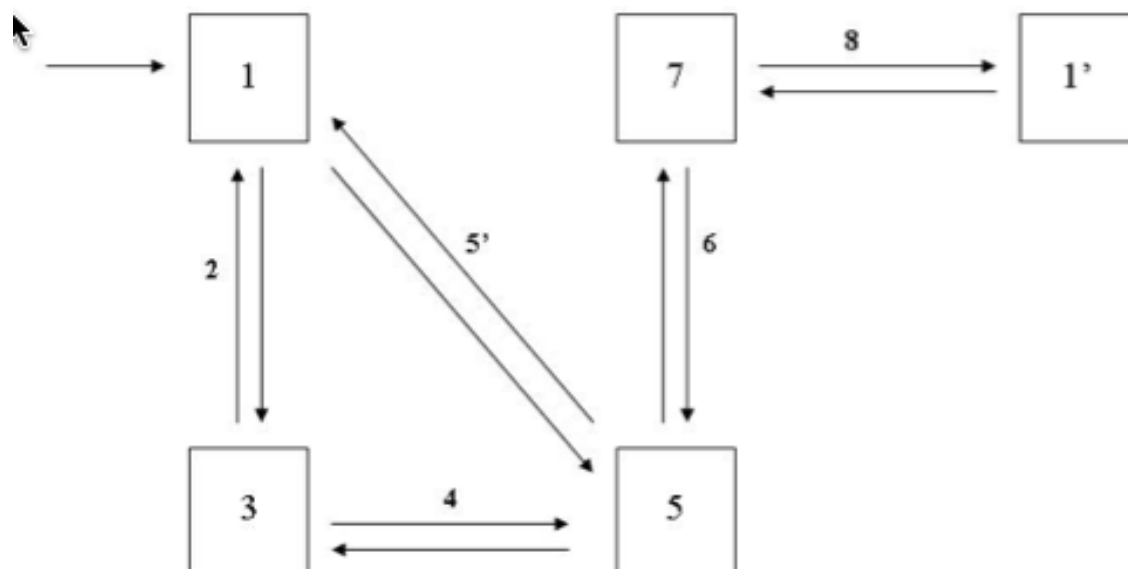
ANNEXE 1

Schéma du cheminement de la perception



ANNEXE 2

Schéma de l'opération artistique



L'avant ou contexte

1 : l'œuvre d'Art

2 : rayonnement et captation

3 : traitement archaïque de l'information

4 : traitement sophistiqué de l'information

5 : poussée corporelle

5' : *action contemplative*

6 : savoir-faire

7 : production

8 : traitement mondain

1' : nouvelle chose

Tableau des Fondements Conceptuels de l'activité artistique en art-thérapie

Faits observables	Savoir	Concept	Implication	Corps Physique	Objectifs thérapeutiques	Indications thérapeutiques	Objectifs existentiels
Production/réalisation	Savoir-ressenti	Beau	Goût	Ressenti corporel	Affirmation de soi	Expression	Sympathie
Intention/expression	Savoir-être	Bon	Engagement	Poussée corporelle	Estime de soi	Relation	Fierté
Action/technicité	Savoir-faire	Bien	Style	Structure corporelle	Confiance en soi	Communication	Espoir

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

UFR DE MEDECINE-TOURS

&

AFRATAPEM

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

**PRISE EN SOINS EN ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
DE PERSONNES AGEES INSTITUTIONNALISEES**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie
McIntosh Marie-Brigitte, Année 2013.

Résumé: Les sensations et actions de l'être humain interagissent étroitement pour devenir ses perceptions du monde. Elles s'organisent peu à peu pour construire les représentations intérieures qu'il se fait de lui-même et de ce monde. Il vieillit normalement et subit au cours de sa vie des modifications physiques, cognitives et sociales qui nécessitent 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 nuire à son équilibre et nécessiter l'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D). Elles entraînent une altération de la qualité de vie et du bien-être, une perception négative de la vie, et une souffrance psychologique, sociale et existentielle. L'art-thérapie, en tant qu'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique, favorisant l'expression, la communication et la relation, peut être intégrée aux prises en soins proposées en E.H.P.A.D. En effet, cette discipline en utilisant les pouvoirs de l'Art de manière rigoureuse et scientifique, accompagne la personne dans un processus de reconquête de l'estime de soi et de son statut de sujet. Ce travail présente une expérience de prise en soins en art-thérapie à dominante arts plastiques réalisée auprès de personnes âgées dépendantes vivant en institution, dont deux études de cas sont détaillées. L'hypothèse présentée est que l'art-thérapie dans l'implication du corps et de l'esprit dans l'activité physique peut influencer sur la perception négative du monde à l'origine de la souffrance des personnes âgées et répondre à leur besoin relationnel à l'approche de la mort

Mots-clefs: être humain, personnes âgées, perception, souffrance, art-thérapie, qualité existentielle.

Resume: The feelings and actions of a human being interact to become his perceptions of his world. They slowly combine to build the inner representation of himself and his world. He is naturally aging, going through physical, cognitive and social changes all through his life. This requires adjustments to himself, others and his environment. To these modifications can be added other disadvantages, accidents, dementia, Parkinson disease and depression, deteriorating furthermore his balance and wellbeing and necessitate his entry to a retirement home. All these alterations diminish his quality of life and well-being, lead to a negative perception of life and to physical, psychological, social and existential suffering. Art-therapy, encouraging artistic expression, communication and social relations, can be included in the activities of the institution for its therapeutic and social aims. By using the powers of Art in a methodical and scientific way, it supports elderly people in a process of recovering their self-esteem and restoring their status as individuals. This work presents an experience of art-therapy realized with dependent elderly persons living in institution, among which two case studies are detailed. The hypothesis presented is that the implication of Art therapy on the body and mind is to influence the negative perception that elderly people have of their world and fulfil their relational needs when facing death.

Key words: human being, old people, perception, suffering, art-therapy, quality of life.