

N°
Note :

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

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

**L'ART-THÉRAPIE A DOMINANTE ARTS-PLASTIQUES
PEUT AMÉLIORER LA QUALITE EXISTENTIELLE DES
PERSONNES AGÉES PRÉSENTANT DES TROUBLES
NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES**

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

Présenté par Corinne Cosson

Année 2014

Sous la direction de :
Didier Vincent
Docteur Responsable du Service de Neurologie
Centre Hospitalier de La Rochelle

Résidence EHPAD Pierre Martin
Luçon
Centre Hospitalier de Vendée

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

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

**L'ART-THÉRAPIE A DOMINANTE ARTS-PLASTIQUES
PEUT AMÉLIORER LA QUALITE EXISTENTIELLE DES
PERSONNES AGÉES PRÉSENTANT DES TROUBLES
NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES**

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

Présenté par Corinne Cosson

Année 2014

Sous la direction de :
Didier Vincent
Docteur Responsable du Service de Neurologie
Centre Hospitalier de La Rochelle

Résidence EHPAD Pierre Martin
Luçon
Centre Hospitalier de Vendée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les personnes que j'ai suivies en atelier d'art-thérapie pendant mon stage, elles m'ont beaucoup appris.

Un grand merci à l'équipe pédagogique de l'AFRATAPEM et plus particulièrement Monsieur Richard Forestier pour ses recherches et la transmission de ses connaissances en art-thérapie.

Je voudrais exprimer toute ma reconnaissance à mes amis et ma famille qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce manuscrit, ceux qui l'ont relu: je pense à Ingrid, Michèle et à ma mère. Un grand merci à Sophie pour la traduction anglaise du résumé.
J'apprécie beaucoup leur générosité et leur attention.

Un grand merci à Catherine Le Bras, neuropsychologue qui a relu ce mémoire avec précision.

Merci à mon directeur de mémoire qui m'a fait confiance et soutenue dans la rédaction ainsi qu'à mon directeur de stage, le docteur Annette Pannetier qui m'a touchée par sa sensibilité et sa grande humanité.

Une grande reconnaissance pour ces années d'études qui m'ont amenée à comprendre, analyser et bientôt, je l'espère exercer ce métier si nécessaire aux personnes pour qui la vie n'a que trop rarement le goût du bonheur.

à ma grand-mère,

Plan

REMERCIEMENTS	1
PLAN.....	2
GLOSSAIRE.....	9
INTRODUCTION.....	12
1° PARTIE: LES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES PRÉSENTANT DES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES PEUVENT SOUFFRIR DE PERTE DE LA SAVEUR EXISTENTIELLE	
I. Les troubles neurologiques chez les personnes âgées dépendantes pénalisent leur goût de vivre.....	13
<u>A. Les troubles neurologiques ont des causes et des répercussions de différentes natures chez les personnes âgées.....</u>	<u>13</u>
1. Certaines fonctions motrices et cognitives s'altèrent lors du vieillissement normal.....	13
2. Les troubles de l'humeur sont souvent consécutifs au vieillissement.....	13
3. Certains troubles de la sénescence peuvent exister sur un fond psychiatrique.....	14
4. L'altération neurologique peut conduire à un vieillissement pathologique.....	14
4.1. Les troubles neurologiques de la maladie de type Alzheimer affectent la mémoire.....	14
4.2 La maladie de type Alzheimer se caractérise par des déficits cognitifs multiples.....	15
<u>B. Les troubles psycho-comportementaux sont souvent consécutifs au vieillissement pathologique</u>	
1. La dépression peut être présente chez la personne âgée et la personne atteinte d'une maladie dégénérative de type Alzheimer.....	15
2. L'anxiété est liée à contexte stressant, une limitation sensorielle et cognitive	16
3. L'apathie est un symptôme commun à la dépression et à la démence.....	16
<u>C. Les troubles neurologiques et psychiatriques conduisent à une perte d'identité et du goût de vivre.....</u>	<u>17</u>

II. L'Art est une expression privilégiée de l'Homme dans une visée esthétique.....	18
A. L'Art est une expression privilégiée de l'Homme vers une recherche du Beau.....	18
1. Les arts plastiques regroupent plusieurs techniques	18
1.1. Les arts-plastiques stimulent différents sens	18
1.2. Le collage a des particularités qui permettent de garantir des savoir-faire	18
1.3. L'imitation du réel dans la pratique de la peinture à l'huile permet de faciliter son apprentissage et de satisfaire le besoin de beauté.....	19
2. La pratique artistique et la contemplation d'un tableau conduisent la personne à exprimer son goût.....	19
3. La pratique artistique permet d'exprimer son style.....	19
B. La contemplation et la pratique des arts plastiques stimule l'engagement du corps moteur.....	19
1. L'émotion esthétique est un mouvement du corps physique.....	19
2. La surprise et l'émerveillement sont inhérents au processus artistique.....	19
3. L'engagement dans une œuvre est la synthèse entre le goût et le style.....	20
4. La production d'une œuvre émane de l'élan corporel.....	20
C. La recherche et le jugement esthétique dans les arts plastiques nécessitent des facultés cognitives.....	20
1. La couleur, les formes, la composition activent certaines aires spécifiques du cerveau....	20
2. Certaines aires cérébrales sont activées lors des actions motrices finalisées.....	20
D. Les arts plastiques permettent de laisser une trace.....	20
1. L'envie de recommencer naît après la réalisation d'une œuvre.....	20
2. Les productions artistiques mettent en relation son créateur et un public.....	21
E. L'Art peut être une aide.....	21
III. Hypothèse : L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut raviver, maintenir des ressources personnelles et contribuer à diminuer la souffrance psychologique des personnes âgées dépendantes.....	21
A. L'art-thérapie est un soin qui met en valeur l'humanité de la personne.....	22
B. Les personnes indiquées pour des séances d'art-thérapie présentent des troubles de l'expression, de la communication et de la relation affectant leur qualité existentielle.....	22
C. L'art-thérapeute est attentif aux besoins spécifiques des personnes âgées vivant en institution...	23
1. Les soins favorisent le bien-être	23
2. Des éléments subjectifs sont les bases du bien-être humain.....	23
3. L'art-thérapeute favorise la stimulation du corps et de l'esprit.....	23

<u>D. La stratégie thérapeutique s'appuie sur l'utilisation de l'opération artistique.....</u>	24
<u>E. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut stimuler une poussée corporelle.....</u>	24
<u>F. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut diminuer les troubles émotionnels qui pénalisent la qualité existentielle des personnes âgées.....</u>	25
<u>G. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut raviver la saveur existentielle en atténuant le sentiment d'exclusion et de perte de singularité.....</u>	25
1. Les sensations gratifiantes conditionnent la qualité de la vie.....	25
2. Les réalisations artistiques produites par la personne âgée lui donnent le sentiment de maîtriser son environnement et de s'engager.....	25
3. En faisant des choix pour elle-même, la personne âgée fait l'exercice de sa liberté et de l'affirmation de sa singularité.....	26
4. La personne âgée peut se sentir exister en tant que sujet avec la conviction que ce qu'elle réalise dure dans le temps.....	26
5. La considération de sa production atténue le sentiment d'exclusion.....	26

2° PARTIE : UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE A DOMINANTE ARTS-PLASTIQUES A PERMIS D' AMÉLIORER LA QUALITÉ EXISTENTIELLE DE PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

I. La qualité de vie est une orientation prioritaire de l'EHPAD Pierre Martin du CHD de Luçon.....

A. La résidence Pierre Martin est un lieu de vie médicalisé qui répond à des impératifs de santé physique et mentale.....

B. Les observations sur le terrain par l'art-thérapeute ont montré que la personnalité des résidents est mise au second plan pour plusieurs raisons.....

1. L'art-thérapeute a remarqué plusieurs tendances chez la personne âgée de plus de 85 ans qui les empêchent de maintenir un goût pour la vie
2. Les rituels peuvent uniformiser la personnalité des résidents.....
3. Les stimulations sensorielles sont rares pour certaines personnes âgées dépendantes.....

II. L'installation d'un atelier d'art-thérapie dans un EHPAD a contribué à une prise en charge globale de Madame E, présentant des troubles cognitifs moyens, et de Madame T, présentant des troubles psychiatriques

A. Les indications médicales orientent l'art-thérapeute vers des résidents souffrant de troubles cognitifs et d'isolement vécu comme une exclusion.....

B. La qualité de la relation d'aide établit entre l'art-thérapeute et la personne âgée dépendante a favorisé la réussite des prises en charge.....

III. Madame E et Madame T ont participé à 11 séances individuelles d'art-thérapie à dominante arts plastiques.....29

Madame E

Madame E a bénéficié de onze séances d'art-thérapie qui ont amélioré sa saveur existentielle, sa thymie et stimulé ses facultés cognitives.

A. La rencontre préalable avec Madame E autour d'un atelier d'animation artistique a permis à l'art-thérapeute de repérer ses capacités et son goût pour l'Art.....29

1. L'équipe soignante oriente Madame E vers l'art-thérapie.....29
2. La rencontre avec Mme E s'est déroulée autour d'un atelier d'animation artistique30

B. L'anamnèse de Mme E confirme certaines observations en atelier d'animation artistique et apporte un éclairage essentiel sur l'orientation de la prise en charge.....30

1. L'anamnèse de Madame E donne des informations essentielles.....30
2. Le repérage des pénalités de Mme E dans l'opération artistique permet d'identifier les sites d'actions.....31
3. Le repérage des cibles thérapeutiques permet à l'art-thérapeute d'élaborer un projet thérapeutique favorisant les capacités préservées de Madame E.....32

C. Le projet thérapeutique s'oriente vers un objectif général gratifiant sa saveur existentielle.....33

1. L'objectif principal s'oriente vers la gratification sensorielle.....33
2. Les objectifs intermédiaires visent la baisse des troubles de l'humeur et le maintien des facultés cognitives.....33

D. La stratégie thérapeutique s'appuie sur ses savoir-faire.....33

1. Le jugement négatif sur la qualité de ses savoir-faire est un phénomène associé qui influe sur l'activité.....33
2. La stratégie thérapeutique a été de favoriser les savoir-faire de Mme E.....33

E. Le collage est la technique la plus appropriée pour répondre aux objectifs thérapeutiques.....34

1. Les notions de temps et d'espace prennent tout leurs sens autour de la technique du collage.....34
2. L'implication relationnelle établit avec l'art-thérapeute autour de l'atelier de collage se construit au fil des séances.....34
3. La capacité d'attention de Madame E pendant l'activité valide le choix de l'art-thérapeute d'un atelier individuel et de la dominante du collage.....34

F. Les séances d'art-thérapie ont fait l'objet d'observations précises avec des items regroupés en faisceaux d'items autour de la capacité à se lancer dans l'activité, de la capacité esthétique et de l'état émotionnel.....35

1. La capacité de Mme E à se lancer dans l'action dépend de divers paramètres.....	35
1.1. L'état de base a une importance capitale.....	35
1.2. La capacité à se lancer dans l'activité s'est améliorée au cours des séances.....	35
2. Le rapport entre le fond et la forme dans les productions de Mme E montre une tension vers un idéal esthétique.....	36
3. L'état émotionnel de Mme E s'est amélioré pendant les séances.....	37
3.1. La tension nerveuse diminue entre le début et la fin d'une séance au cours de la prise en charge.....	37
3.2. La mesure de l'émotion au début et pendant les ateliers montre une stabilisation....	38
<u>G. La stratégie thérapeutique a été ajustée pendant les prises en charge</u>	<u>38</u>
<u>H. Le bilan évaluatif des prises en charge de Mme E en atelier d'art-thérapie est communiqué à l'équipe de soin.....</u>	<u>39</u>
1. L'objectif principal et les objectifs intermédiaires ont été atteints.....	39
1.1. L'objectif principal était de favoriser la saveur existentielle.....	39
1.2. Les objectifs intermédiaires concernaient la diminution des troubles de l'humeur et le maintien des facultés cognitives.....	39
2. Les résultats de la prise en charge de Mme E un mois après les interventions en art-thérapie montrent certaines limites.....	39
 <i>Madame T</i>	
<i>Madame T a bénéficié de 11 séances d'art-thérapie à dominante peinture</i>	
<u>A. La rencontre avec Madame T à son chevet et autour d'un atelier d'animation artistique a permis à l'art-thérapeute de repérer ses capacités et son goût pour l'Art avant de connaître son anamnèse.....</u>	<u>40</u>
1. L'atelier d'animation artistique à dominante impression permet à l'art-thérapeute de cibler les besoins et les potentialités de Madame T.....	40
2. L'anamnèse de Mme T décrit une personne maniaco-dépressive souffrant d'accès dépressifs et d'isolement.....	40
3. La prise d'anxiolytiques entraîne une iatrogénie chez Madame T.....	41
<u>B. Le protocole thérapeutique établi pour Mme T s'oriente vers un objectif général autour de la restauration de l'estime de soi.....</u>	<u>41</u>
1. Les pénalités existentielles de Mme T ne lui permettent pas d'apprécier positivement ce qu'elle vit.....	41
2. L'identification des pénalités et les potentialités de Mme T permet de repérer les sites d'actions sur lesquels l'art-thérapeute peut construire la stratégie thérapeutique.....	41
<u>C. L'analyse des graphiques 1 et 2 montre que la peinture lui a permis d'apprécier ses facultés de manière positive</u>	<u>42</u>
<u>D. L'atelier art-thérapeutique à dominante peinture a eu des effets spécifiques sur les mécanismes psychologiques, cognitifs et physiologiques de Mme T.....</u>	<u>44</u>
<u>E. Le bilan de la prise en charge de Mme T est communiqué à l'équipe de soins.....</u>	<u>44</u>

1. Mme T a recouvré une bonne estime de soi.....	45
1.1. L'effort d'idéalisation a été préservé tout au long de la prise en charge.....	45
1.2. Les capacités cognitives ont été sollicitées.....	45
2. La qualité existentielle de Madame T a évolué au cours de la prise en charge.....	45

3° PARTIE DISCUSSION: L 'ESTHÉSIE PEUT AMENER LES PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT DE DÉFICITS COGNITIFS IMPORTANTS À LOURDS A RÉVÉLER DES CONNAISSANCES

I. Une personne présentant une démence dégénérative moyenne à avancée peut révéler certaines connaissances en atelier d'art-thérapie.....46

A. Certaines connaissances font appel à la mémoire inconsciente.....46

B. Les ressentis et les impressions de types émotionnels vécus en atelier d'art thérapie engendrent une conscience de soi47

1. La connaissance de soi concerne la conscience d'être.....	47
2. Les connaissances affectives sont en lien avec les perceptions sensorielles.....	47
2.1. La conscience et l'émotion ne sont pas séparables.....	48
2.2. L'attention dirigée module les sensations	48
3. La capacité d'affirmer ses choix est une compétence cognitive et révèle un savoir-être....	49

C. Les personnes présentant des troubles cognitifs importants nous apprennent en tant que thérapeutes à centrer notre attention sur une relation de sympathie.....49

II. Plusieurs paramètres favoriseraient ce passage de la sensation à la connaissance de soi chez les personnes présentant des maladies neurodégénératives d'un stade moyen à évolué.....49

A. La prise de connaissance de soi, d'un événement et des affects nécessite des aménagements qui optimisent la qualité du moment.....50

1. Un lieu dédié uniquement pour les ateliers d'art-thérapie pourrait être ainsi personnalisé pour chaque personne	50
2. Le temps de prise de connaissance se réalise sur un instant très court.....	50

B. L'auto-évaluation est un moyen qui permet aux patients de prendre conscience de leurs ressentis, leurs capacités et de leurs valeurs personnelles.....50

1. Les connaissances s'engramment plus facilement par la verbalisation.....	50
2. Une auto-évaluation peut-être vécue comme un jugement sur soi	51
3. L'auto-évaluation est difficile à envisager à la fin de chaque séance	51
4. La complexité du cube harmonique nécessite des simplifications	51

<u>C. La collaboration de l'équipe de soins permettrait de prolonger les bienfaits ressentis et les connaissances perçues dans l'atelier.....</u>	51
1. L'équipe de soins a un rôle important sur le vécu de la maladie par la personne.....	51
2. Un questionnaire de recueil d'information a permis de sensibiliser les soignants de l'EHPAD aux effets de l'art-thérapie.....	52
3. La peinture et les collages réalisés par les patients permettent à l'équipe de valoriser leur savoir-faire et leur style de façon différée.....	52
III. La mise en place d'un programme de soins en art-thérapie sur du long terme apporterait un nouveau regard pour l'équipe, les familles et la société.....	52
A. Le personnel orienterait ses actions au niveau du soin du corps et de l'esprit.....	52
<u>B. Une réorganisation du temps et de la charge de travail des soignants leur permettrait d'intégrer dans leurs compétences un suivi des patients plus personnalisé en relation avec leur vécu en atelier d'art-thérapie.....</u>	53
<u>C. Les actions art-thérapeutiques peuvent avoir une incidence sur le regard des familles et de la société à l'égard des personnes atteintes de maladies dégénératives.....</u>	53
IV. L'approche art-thérapeutique des patients nécessite une formation spécifique qui implique des connaissances abouties dans le domaine de l'Art et de la médecine.....	54
<u>A. L'art-thérapie n'est ni de l'animation, ni une psychothérapie.....</u>	54
<u>B. Une sur-stimulation peut avoir des effets négatifs sur la personne.....</u>	54
<u>C. L'art-thérapeute peut déceler le passage de l'Art I à l'Art II lors d'une prise en charge à long terme ce qui valorise les compétences cognitives d'une personne atteinte d'une démence sévère.....</u>	55
<u>D. Les différents savoirs repérés chez la personne atteinte de troubles cognitifs moyens à évolués (savoir-faire, savoir-ressentir, savoir -être) peuvent être valorisés</u>	55
V. Tableau récapitulatif de la discussion.....	56
CONCLUSION.....	58
LISTE DES GRAPHIQUES.....	60
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61

Glossaire

Les mots suivis d'un astérisix dans le corps du texte sont définis dans ce glossaire

Agnosie : Du grec « absence de connaissances », c'est l'incapacité de reconnaître des objets et de les nommer alors que les fonctions sensorielles sont normales. (Purves et coll. *Neurosciences*. 4^eéd. Bruxelles: Editions De Boeck, 2011, p. p. 473 ; 563).

Agnosie visuelle : C'est l'impossibilité de reconnaître, grâce à la vue, des objets familiers comme des photos, des lettres, des chiffres, des couleurs, alors que l'appareil visuel est intact.
(<http://www.vulgaris-medical.com>).

Agnosie associative : Incapacité d'attribuer un sens à un stimulus dont le traitement perceptif semble globalement normal (c'est-à-dire de le relier aux connaissances "sémantiques").
(<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>)

Aphasie : Incapacité de comprendre et/ou de produire du langage. (Neurophysiologie, de la physiologie à l'exploration fonctionnelle, ed Elsevier, J.F Vibert, Paris 2005, p. 205).

Apraxie idéomotrice : Difficulté à réaliser les gestes complexes habituels et non habituels sur commande (on demande à un individu de faire un geste) ou sur imitation (on mime le geste).
(<http://www.vulgaris-medical.com>).

Apraxie visuo-constructive : L'apraxie visuo-constructive se caractérise par une difficulté à définir les relations des objets entre eux dans l'espace. (<http://www.vulgaris-medical.com>).

Art: C'est une activité privilégiée d'expression humaine à visée esthétique. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.159).

Art I : Correspond à l'Expression et à la phase du passage entre l'instinct et à l'action volontaire orientée vers l'esthétique. Elle se présente de façon globale, archaïque et trouve le corps comme médiateur privilégié. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.55).

Art II : Correspond aux techniques de l'Art universel. L'Art II se présente de façon spécifique et ordonnée. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.55).

art: Savoir-faire fondé sur l'habileté, la connaissance des règles, des procédés et des techniques dans la réalisation d'une œuvre.(Samson Marie, Dictionnaire usuel des arts plastiques, Editions ViaMedias, 2004, p.19).

Beau: En art-thérapie, le Beau renvoie à la subjectivité du goût, c'est ce qui plaît au patient et qui le gratifie sensoriellement. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.162 ; 196).

Bien : En art-thérapie, le Bien concerne la qualité technique de la réalisation artistique produite par le patient (le bien fait). (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.196).

Bon : En art-thérapie, le Bon c'est ce qui engage la personne dans ses impressions et son expression (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.196).

Cible thérapeutique : C'est l'élément précis sur lequel l'art-thérapeute travaille. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.193).

Elan corporel : C'est l'énergie nécessaire à l'expression qui a le pouvoir d'entraîner la masse corporelle, on parle aussi de poussée corporelle (École d'art-thérapie de Tours).

Esthésie : Du grec aisthêsis : sensation. C'est le contraire de l'anesthésie qui est la perte de la sensibilité (Garnier Delamare. Dictionnaire abrégé des termes de médecine. 5^e éd. Paris: Editions Maloine, 2007).

Exister : C'est vivre consciemment et avoir une expérience concrète de son existence. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.170).

Faculté critique : Raisonnement objectif par rapport à une référence universelle. En art-thérapie, la faculté critique, c'est l'analyse de la distinction entre mon œuvre du moment et les autres oeuvres (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.48).

Faculté de critique : C'est un jugement subjectif basé sur une référence personnelle. (Ecole d'art-thérapie de Tours).

Fonctions exécutives : Capacités de pensée abstraite, de planifier, d'initier, d'effectuer des séquences d'actions, de contrôler et d'arrêter un comportement complexe (DSM IV)

Items : C'est la plus petite unité observable d'un niveau d'organisation qui caractérise une difficulté, il est le fondement de l'évaluation. Ils sont souvent regroupés en faisceaux d'items. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.63 et Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p.193).

Mémoire de travail : La mémoire de travail est chargée du maintien temporaire et de la manipulation d'informations pendant la réalisation de tâches cognitives telles que la compréhension et le raisonnement. (Baddeley 2000)

Mémoire déclarative : La mémoire déclarative concerne les souvenirs qui peuvent émerger de façon consciente par le langage. (Kolb Bryan et Wishaw Ian. *Cerveau et comportement*. Paris; Bruxelles: Editions De Boeck, 2002, p. 499).

Mémoire épisodique : La mémoire épisodique permet le souvenir conscient d'une expérience personnelle antérieure. Lors de la récupération d'un souvenir, l'individu voyage ainsi mentalement dans le temps et « revit » l'épisode original. La mémoire épisodique propre à l'individu est donc conçue comme une mémoire autobiographique (Endel Tulving 2001 : www.neur-one.fr)

Mémoire sémantique : La mémoire sémantique est définie comme le système de mémoire chargé de l'encodage, du maintien et de la récupération d'informations générales indépendamment de leur contexte d'acquisition. Ces informations peuvent concerner les mots et les concepts (par exemple: la famille), la culture générale (Rome est la capitale de l'Italie) ou encore les aspects sémantiques personnels ou les connaissances générales sur soi (la ville où je suis né (e)). (Endel Tulving 2001 : www.neur-one.fr).

Mémoire procédurale : La mémoire procédurale est le système chargé de l'encodage, du stockage et du rappel des procédures qui sous-tendent différentes habiletés. Les connaissances procédurales sont difficilement verbalisées et s'expriment dans l'action finalisée de façon implicite (par exemple: faire du vélo). (www.neur-one.fr)

Protocole thérapeutique : C'est la faisabilité de la prise en charge générale d'une personne en art-thérapie. (Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p. 108). Sous ce terme se distingue le projet thérapeutique, les appréciations des résultats synthétisés dans la fiche d'observation, la stratégie thérapeutique et le programme de soins. (Forestier Richard et coll. *Profession art-thérapeute*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2010, p.21).

Qualité existentielle : Elle dépend de l'expérience et du bon fonctionnement des facultés humaines. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.170). Le rapport entre vivre et exister est fondamental pour la qualité existentielle.

Qualité du moment : Rapport entre le beau / le bien/ le bon (Ecole d'art-thérapie de Tours).

Saveur existentielle: C'est la qualité sensible de l'existence stimulée et révélée par l'esthétique (Ecole d'art-thérapie de Tours).

Sympathie : C'est un principe physique que Pythagore a mis en évidence grâce à la musique. Dans la relation, c'est l'accord et la justesse entre deux personnes autonomes. (Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p. 160.).

Introduction

Maître-auxiliaire en arts plastiques et intervenante artistique dans différentes institutions, je côtoie depuis plusieurs années divers publics pour transmettre un enseignement artistique leur permettant de s'exprimer et de s'épanouir.

Lors de mes expériences professionnelles, j'ai rencontré des personnes qui m'ont demandé de les aider à aller mieux dans leur vie. Je me suis donc orientée vers l'art-thérapie de l'école de Tours qui utilise le potentiel de l'Art vers dans un but thérapeutique et humaniste. Le modèle de l'école d'art-thérapie tourangeau est tourné vers l'expression du beau afin de raviver, restaurer ou rééduquer une qualité existentielle des personnes ayant besoin de soins. Il se différencie de la psychothérapie à support artistique ou de la thérapie médiatisée qui utilise l'Art comme un instrument d'analyse et qui cherche à comprendre pourquoi la personne trouve la chose belle. Le modèle tourangeau n'est pas non plus un atelier d'art dans un lieu de soin.

J'ai rencontré le public de personnes âgées lors de mon premier stage pratique en art-thérapie. Ce public me semblait être délaissé surtout après la perte de leur autonomie. C'est aussi une tranche d'âge qui va avoir des besoins importants les prochaines années en matière de prise en charge thérapeutique, c'est pourquoi j'ai souhaité poursuivre mon DU auprès de ces personnes.

L'art-thérapie en milieu gériatrique au sein d'un EHPAD peut contribuer à raviver certaines facultés humaines en sommeil et pourtant bien présentes. Cette pratique thérapeutique entraîne le corps dans le mouvement, stimule les facultés mentales des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de la maladie de type Alzheimer.

Nous verrons que les personnes âgées vivant en institution ont un sentiment de perte existentielle qui entraîne une symptomatologie psychologique et des conséquences sur leur comportement les conduisant à s'exclure. Or, la proposition art-thérapeutique ouvre des possibles en rejoignant la personne là où elle se trouve : dans ses goûts, ses ressentis et interagit sur différents plans de sa personnalité, ce qui améliore son estime ou sa confiance en elle. Nous allons voir que l'art-thérapeute apporte ainsi un autre regard sur les personnes en mettant l'accent sur les facultés restantes et opérantes, à savoir : leur intelligence affective liée à la mémoire implicite qui est une clé de compréhension pour une approche bienveillante et la restauration d'un sentiment d'exister qui s'engramme, espérons-le, jusqu'au bout de la vie.

1° PARTIE : LES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES PRÉSENTANT DES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES PEUVENT SOUFFRIR D'UNE PERTE DE LA SAVEUR EXISTENTIELLE

I. Les troubles neurologiques chez les personnes âgées dépendantes pénalisent leur goût de vivre

A. Les troubles neurologiques ont des causes et des répercussions de différentes natures chez les personnes âgées

1. Lors du vieillissement normal, certaines fonctions motrices et cognitives s'altèrent

Avec le vieillissement, le déclin progressif des facultés cognitives comme la faculté d'identifier, de classer les stimuli externes, les motivations internes et d'y réagir de façon réfléchie, sont affaiblis.¹ Le vieillissement normal implique aussi une altération des capacités motrices, un ralentissement idéomoteur et une limitation sensorielle.

Sur le plan neurologique, cela correspond à une limitation des fonctions exécutives² et une diminution légère de la mémoire épisodique* car les personnes âgées se souviennent bien mais parviennent moins bien que les jeunes à évoquer spontanément leurs souvenirs ou des informations apprises.

Ainsi, le déclin des capacités physiologiques et neurologiques a des conséquences sur l'humeur, la communication verbale³, la confiance et l'estime de soi⁴ chez la personne âgée.

2. Les troubles de l'humeur sont souvent consécutifs au vieillissement

La personne âgée est confrontée à une succession de pertes : son cadre de vie, son domicile pour une institutionnalisation, un corps sans défaillance, une mémoire et une cognition efficaces. Ces pertes constituent autant de deuil à réaliser.

Elisabeth Kubler Ross a défini différentes étapes du processus de deuil et sa réflexion permet d'envisager le parcours progressif des personnes âgées vers une dégradation de leurs performances physiques et cognitives dans l'histoire de vie qui leur est singulière. Parmi les manifestations les plus fréquentes, il faut noter :

- La fatigue : c'est un signe classique de dépression, tout comme les manifestations de type anxieux (gorge serrée, souffle court, tension intérieure...).
- La difficulté à faire face à ses obligations sociales : c'est là aussi un signe de dépression ; notons à ce sujet que l'enjeu du deuil sera précisément de retrouver le goût d'agir.
- La persistance préoccupante de l'image du défunt : c'est une forme de déni.

1 Purves et coll. *Neurosciences*. 4^{éd.} Bruxelles: Editions De Boeck, 2011.

Uldry P.-A et Regli F. *Neurologie du sujet âgé*. Paris: Editions Masson, 1993, p. 480.

2 En 2000, Miyake a mis à jour trois fonctions exécutives spécifiques : la flexibilité mentale (la capacité à changer de tâche ou de stratégie mentale et à passer d'une opération cognitive à une autre), la mise à jour (permet la mise à jour des informations dans la mémoire de travail), L'inhibition (la capacité du sujet à inhiber une réponse automatique, routinière, prégnante, mais non pertinente pour la tâche en cours).

3 La communication verbale transmet une information entre un émetteur et un destinataire par l'intermédiaire de la voix, signes mimés, écriture. (Changeux Jean-Pierre. *Du vrai, du beau, du bien: une nouvelle approche neuronale*. Paris: Editions Odile Jacob, 2010, p.243-244).

4 L'estime de soi, c'est la valeur et la considération de la personne à son propre regard. (Forestier Richard, *Regard sur l'art*, p.47).

- La culpabilité : c'est une forme de révolte, tout comme l'irritabilité.
- Il faut y ajouter des phénomènes d'excitation paradoxale, avec souvent augmentation du désir, notamment sexuel, ce qui ne va pas sans culpabilité.

3. Certains troubles de la sénescence peuvent exister sur un fond psychiatrique

Les maladies psychiatriques, notamment les psychoses maniaco-dépressives peuvent débiter à l'âge adulte et se prolonger après 60 ans. Pour la personne âgée, la période de manie est atténuée et se manifeste par de la colère, de l'irritabilité, de l'agitation avec agressivité, une plus grande communicabilité et une fuite des idées.⁵ Cet épisode peut évoquer une démence* quand l'agitation, la désorientation temporo-spatiale, le délire et les troubles intellectuels sont prédominants. Pour ces troubles psychiatriques, les affections mnésiques concernent surtout l'encodage dû à une baisse des capacités d'attention.⁶ En revanche, la phase dépressive présente un risque suicidaire et se manifeste par de l'anxiété et des troubles obsessionnels.

Un diagnostic différentiel permet alors de distinguer la détérioration intellectuelle due au vieillissement de la personne et les symptômes de la dépression⁷ qui peuvent être de diverses origines notamment les maladies dégénératives ou les maladies psychiatriques.

Les troubles psychiatriques présents antérieurement à l'institutionnalisation d'une personne ou lors de son vieillissement ont des points communs avec les troubles cognitifs liés aux démences comme les maladies dégénératives de type Alzheimer ou apparentées.

4. L'altération neurologique peut conduire à un vieillissement pathologique

4.1. Les troubles neurologiques de la maladie de type Alzheimer affectent la mémoire

Le développement de la maladie d'Alzheimer est marqué par plusieurs phénomènes au niveau neurophysiologique : l'accumulation de protéine Tau et de plaque séniles à l'origine d'une mort neuronale. Les lésions débutent dans le cortex entorhinal et l'hippocampe puis se propagent vers le cortex frontal (fonctions exécutives), temporal (capacités langagières, mémoire), pariétal (praxies) et occipital (gnosies visuelles*).

Les premiers signes de la maladie d'Alzheimer sont un trouble de la mémoire épisodique (capacité à se souvenir d'événements dans un contexte spatio-temporel donné) ; viennent ensuite le manque de mot et les autres troubles cognitifs⁸.

Les consultations-mémoire permettent par :

- un examen médical,
 - des examens complémentaires (bilan sanguin à la recherche de causes curables de troubles cognitifs comme des déficits en vitamine, un trouble de la thyroïde...)
 - une imagerie (IRM avec coupes coronales centrées sur les hippocampes afin d'évaluer leur atteinte précoce, d'exclure une tumeur, un hématome, une hydrocéphalie ou une pathologie vasculaire)
 - des tests psychométriques effectués par des neuropsychologues
 - une éventuelle évaluation psychiatrique complémentaire
- de déterminer quelle maladie est à l'origine des troubles cognitifs.

Les examens neuropsychologiques évaluent les performances cognitives en fonction de l'âge

5 DSM IV in Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.208.

6 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p. 207-214.

7 Uldry P.-A et Regli F. *Neurologie du sujet âgé*. Paris: Editions Masson, 1993, p.13.

8 La cognition qualifie les processus par lesquels un organisme acquiert des informations sur l'environnement et les élabore pour adapter son comportement : décision, perception, raisonnement (*Neurophysiologie, de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*. Paris : Editions Elsevier, J.F Vibert, 2005, p. 205).

et du niveau socio-éducatif de la personne. Elles identifient les troubles du langage, des praxies, des gnosies, des fonctions exécutives et permettent de contribuer au diagnostic différentiel des atteintes organiques cérébrales. Un test d'évaluation cognitive globale, le "Mini Mental State Examination"⁹ (ou MMS), permet au gériatre voire au médecin traitant d'évaluer rapidement l'orientation temporo-spatiale et la mémoire épisodique, ainsi que le langage et les praxies. Selon le score obtenu, l'orientation vers une consultation mémoire dédiée au dépistage des maladies neurodégénératives pourra être décidée.¹⁰ Les profils cognitifs mis en évidence peuvent être très différents d'une personne à l'autre.¹¹

4.2. La maladie de type Alzheimer se caractérise par des déficits cognitifs multiples

L'altération cognitive de la mémoire se manifeste par la baisse de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler celles apprises antérieurement. Progressivement, la perte de la mémoire se complique par une ou plusieurs perturbations cognitives associées telles que l'aphasie*, l'apraxie*, l'agnosie* et /ou une perturbation des fonctions exécutives et une désorientation temporo-spatiale.¹²

En ce qui concerne notre sujet d'étude, la personne âgée avec une démence dégénérative débutante à moyenne est surtout concernée par des déficits au niveau de la mémoire épisodique, des fonctions exécutives et du langage ; nous verrons plus loin comment ces déficits progressifs sont susceptibles d'être pris en compte dans notre intervention thérapeutique.

B. Les troubles psycho-comportementaux sont souvent consécutifs au vieillissement pathologique

1. La dépression peut être présente chez la personne âgée et la personne atteinte d'une maladie dégénérative de type Alzheimer

Chez les personnes âgées, la dépression est un problème majeur. Le ressenti dépressif est souvent inhérent au vieillissement car la personne vit une succession de pertes à laquelle la personne doit s'adapter alors que son corps et son esprit s'affaiblissent.

Elle est aussi associée à la maladie dégénérative dans plus de 50% des cas surtout dans les stades légers à modérés.¹³ Précocement dans la maladie d'Alzheimer, les patients se rendent compte de leur perte et développent de l'angoisse et de la dépression. La personne âgée présente alors une humeur triste qui se manifeste tous les jours ou presque, une grande fatigue avec une baisse de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités proposées. Elle s'auto-déprécie jusqu'à évoquer des pensées de mort de manière récurrente. Ces symptômes s'accompagnent d'un sentiment de culpabilité.

Le dépistage de la dépression chez la personne âgée est difficile en raison du ralentissement lié à l'âge et des symptômes de la maladie d'Alzheimer¹⁴ de type anosognosie quand la maladie est bien installée et que le diagnostic est tardif.¹⁵ Néanmoins, la maladie dégénérative de type

9 Test de Folstein qui vise à apprécier quantitativement la sévérité de la démence

10 Catherine Thomas-Antérion et Aurélie Mornas-Richard, *Repères en Gériatrie*, Décembre 2010, vol 12, n° 104, p.315.

11 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.117.

12 DSM IV, Editions Masson, 2003.

13 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p. 118.

14 Vetel Jean-Marie. Particularités de la prise en charge clinique et thérapeutique de la maladie d'Alzheimer en maison de retraite. *La revue de Gériatrie*, Mars 2004, Tome 29, n°3, p. B-13.

15 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.118.

Alzheimer partage avec la dépression des signes cliniques (perte d'intérêt, repli sur soi, troubles du sommeil, troubles de la concentration, difficultés à rester en relation avec autrui, perte d'appétit).

2. L'anxiété est liée à contexte stressant, une limitation sensorielle et cognitive

L'environnement, dans lequel vit la personne âgée comporte des éléments stressants extérieurs (la lumière, la température, le bruit), humains (les soignants, la famille, les autres résidents) et internes (fatigue, douleur, manque de sommeil, besoins physiologiques).

Pour une personne subissant un déficit de l'activité cognitive et une dépendance physique, l'adaptation de son comportement à la présence d'éléments stressants devient difficile. De plus, l'impossibilité de satisfaire soi-même ses besoins entraîne une accumulation de facteurs de stress et conduit la personne vers un premier seuil des comportements anxieux. Elle devient alors agitée, son débit verbal s'accélère, elle devient plus vigilante.

Chez les personnes présentant des troubles neurologiques, fonctionnelles ou psychiatriques le seuil de stress est plus vite atteint¹⁶ car elles seront encore moins en mesure, du fait de leur démence, d'analyser leur environnement pour adopter une conduite adaptée et la mise en échec sera plus systématique et à l'origine d'un mal être accru.

L'origine de l'anxiété peut aussi être due à l'incompréhension des situations de l'environnement, du télescopage avec des événements passés traumatisant.

Les signes anxieux sont propres à chaque personne et représentent l'étape antérieure aux troubles psycho-comportementaux de la démence¹⁷. Sans régulation possible du stress, la personne âgée peut franchir le deuxième seuil des comportements anxieux, il s'agit du seuil du stress. Au-delà de ce seuil, l'apparition des symptômes comportementaux de la démence représente la dernière tentative de réagir face au stress. C'est une façon pour la personne âgée de demander de l'aide dans l'urgence.

3. L'apathie est un symptôme commun à la dépression et à la démence

La perte ou la baisse de la motivation des activités cognitives orientées vers un but prend deux formes : une perte des comportements auto-initiés et une baisse des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement. La personne n'est pas spontanée ou ne manifeste pas de curiosité pour des événements nouveaux. Ses ressentis et ses réactions émotionnelles sont émoussés face à des événements agréables ou désagréables.¹⁸

Les comportements dirigés vers un but peuvent se schématiser ainsi¹⁹ :

16 Landreville et coll. *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec: Editions Maloine, 2005, p.321.

17 La démence se caractérise par des déficits cognitifs multiples, comme en témoigne à la fois : une altération de la mémoire mais aussi une ou plusieurs perturbations cognitives : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives. (DSM IV)

18 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.28.

19 Ibid, p.29.

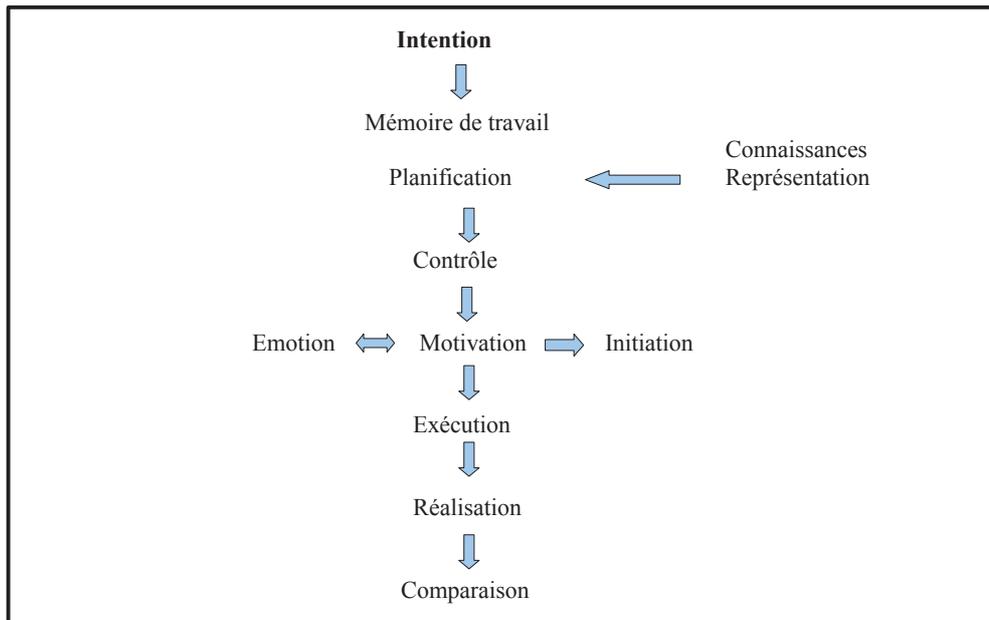


Figure 1 : Modèle de comportement dirigé vers un but

L'initiation et l'exécution d'une action orientée vers un but nécessitent des facultés multiples telles que l'intention, la mémoire de travail*, l'élaboration intellectuelle, l'envie et la mise en acte. Ces facultés sont en partie déficitaires chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs et psychiatriques.

C. Les troubles neurologiques et psychiatriques conduisent à une perte d'identité et du goût de vivre

Les troubles neurologiques et plus particulièrement le déficit de la mémoire conduisent à une perte d'identité et du goût de vivre. Comme il n'y a pas de perception d'identité sans souvenirs, l'histoire des personnes atteintes de troubles cognitifs leur est dérobée. Elles vivent dans un présent perpétuel.²⁰

Avec l'aggravation des troubles cognitifs, la perte progressive de la connaissance de soi-même est destructrice pour les personnes. La perte de soi-même signifie non seulement l'oubli des corrélations autobiographiques mais surtout la perte du contrôle exercé sur soi-même et sur son environnement immédiat, l'incapacité de prendre les plus simples décisions : se lever, s'asseoir et maîtriser toutes les situations du quotidien.²¹

Le goût de la vie, c'est la saveur que l'on ressent à exister. C'est aimer vivre.²² L'homme vit avec ses fonctions biologiques mais il a surtout la possibilité d'exister, c'est à dire d'avoir conscience qu'il est en vie avec sa propre nature et sa propre expérience²³. Quand la conscience des choses, de ses opinions se tarit par l'affaiblissement des facultés cognitives et par l'absence de stimulations adaptées, l'intérêt pour la vie diminue aussi. Quant on se vit comme dépendant et soumis à son environnement, on vit simplement parce qu'on est là comme un objet parmi d'autres. En se contentant de vivre ainsi, le sentiment d'exister peut-il être encore là ?

L'espoir dans le futur est aussi mis à mal pour ces personnes, les années leurs sont comptées. Pour les personnes souffrant d'une maladie dégénérative à un stade moyen, l'espoir aussi est déchu

20 Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.7.

21 Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.24.

22 Forestier Richard et coll. *Profession art-thérapeute*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2010, p.17.

23 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.170.

car elles ont conscience de leur peine à se rappeler leur passé, à faire le deuil de leur vie, occupées à compenser avec leur souffrance présente.

II. L'Art est une expression privilégiée de l'Homme dans une visée esthétique

A. L'Art est une expression privilégiée de l'Homme vers une recherche du Beau*

L'Art* englobe différents éléments appartenant au monde de l'Art, comme l'artiste, la technique, la matière, les lois physiques, la finalité esthétique d'une œuvre.²⁴ L'œuvre d'art est une production humaine ayant comme spécificité d'être l'expression d'un savoir faire technique, de l'affirmation du goût et du style de l'artiste.

1. Les arts plastiques regroupent plusieurs techniques

1.1. Les arts plastiques stimulent différents sens

Les arts plastiques s'adressent à la vue et se déclinent en deux ou trois dimensions (dessin, gravure, peinture, sculpture). Mais dans la pratique, ils stimulent aussi le sens tactile, olfactif de l'artiste. L'ensemble des sens est stimulé.

Dans les arts plastiques, chaque art* a des propriétés selon leurs formes, leurs matières, leurs poids et résistances qui influent sur la pratique et les résultats possibles. L'artiste adapte et choisit alors les qualités physiques des matériaux à ses propres capacités physiques et mentales. La conception de son œuvre mais aussi la maîtrise corporelle de l'artiste entrent en relation avec la technique choisie et son adaptation au projet qu'il veut faire exister.²⁵

1.2. Le collage a des particularités qui permettent de garantir des savoir-faire

Le collage est un procédé pictural et visuel qui consiste à disposer et à coller, sur un support plan, de petits objets ou des éléments découpés dans du papier, du carton, du tissu pour former un détail ou la totalité d'une œuvre.²⁶

Les papiers collés ont l'avantage de satisfaire une instantanéité du geste et du résultat. La pratique est simple et nécessite peu de moyens. Elle implique différentes praxies (notamment les praxies idéomotrices* et visuo-constructives*).

Matisse a élevé au rang d'œuvre les papiers collés et a révélé le geste du dessin dans l'action de découper le papier. Avec sa découverte, les ciseaux dessinent dans le papier et créent des formes.

1.3. L'imitation du réel dans la pratique de la peinture à l'huile permet de faciliter son apprentissage et de satisfaire le besoin de beauté

La peinture à l'huile est une technique exigeante, elle sèche lentement, les mélanges se réalisent sur une palette, l'éclat de la couleur dépend d'une certaine connaissance sur les contrastes et une expérience des dosages. Par ailleurs, contrairement aux papiers collés, elle peut salir, procurer des sensations kinesthésiques car la peinture glisse sous le pinceau. De plus, elle dégage une odeur particulière d'huile de lin.

24 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.125.

25 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.39.

26 Samson Marie. *Dictionnaire usuel des arts plastiques*, Editions ViaMedias, 2004, p.49.

Pour pallier le manque d'expérience technique et le besoin de beauté immédiat, les exercices d'imitation d'après nature en facilitent l'accès. Le peintre William Hogarth a écrit en 1753 : « *Nous avons un penchant naturel pour l'imitation, et cela dès l'enfance, et l'œil est souvent charmé autant que surpris de l'exactitude avec laquelle une copie peut singer le modèle.* ».²⁷

2. La pratique artistique et la contemplation d'un tableau conduisent la personne à exprimer son goût

La pratique artistique exige des allers-retours de l'artiste dans l'œuvre en train de se faire. Il est focalisé sur la qualité de chaque touche, chaque détail dans son tableau. Tout se modifie discrètement, au fil de l'étude, de la recherche d'une forme, d'un agencement des parties en un tout cohérent en relation avec l'intention esthétique et les ajustements successifs de l'œil et du raisonnement.²⁸ Le goût artistique s'affine et s'affirme dans la pratique progressivement.

L'œuvre d'art s'offre à la perception et à la sensibilité de l'homme par sa contemplation qui ne le soumet pas à la passivité. Au contraire, il peut s'interroger sur sa signification, l'harmonie des couleurs et des formes. Les représentés que découvre le contemplateur le renvoient à des souvenirs, à une mémoire à long terme relative à une suite d'expériences vécues.²⁹ Il peut aussi regarder et apprécier l'œuvre sans l'analyser et pour autant les mécanismes neuronaux sont aussi stimulés.

3. La pratique artistique permet d'exprimer son style

Pendant la réalisation d'une œuvre, le geste s'affirme, les traces faites de superpositions, de repentirs, de reprises sont autant de traits caractéristiques du processus de la pratique artistique. Les formes, les couleurs, les figures naissent et montrent la subjectivité de l'artiste qui définit son style.

Chaque œuvre devient ainsi singulière par sa composition, le jeu des formes et des couleurs.³⁰

B. La contemplation et la pratique des arts plastiques stimule l'engagement du corps moteur

1. L'émotion esthétique est un mouvement du corps physique

L'émotion esthétique est associée à des sensations corporelles via la contemplation d'un tableau ou la pratique artistique. Elle a deux composantes : les sentiments de sympathie* avec les éléments représentés dans l'œuvre et les sentiments induits par le style de l'artiste qui touche le spectateur à un niveau corporel et dans sa mémoire implicite. L'émotion esthétique concerne donc le goût que l'on éprouve pour une œuvre.

2. La surprise et l'émerveillement sont inhérents au processus artistique

La contemplation et la pratique artistique réservent de belles surprises que le spectateur aime partager. Dans le processus créatif, l'artiste se laisse surprendre par les rapprochements formels qui arrivent par hasard. L'intervention du hasard et des formes accidentelles dans la genèse de l'œuvre existe chez tout artiste et dans toute technique artistique. Ils induisent des émotions de joie, de surprise et d'émerveillement qui réveillent l'envie de créer et d'imaginer. Pour évoquer cette envie, Léonard de Vinci parle du pouvoir des « formes confuses (...) comme nuages et eaux boueuses », pour stimuler l'esprit d'invention.

27 Hogarth William, *Analyse de la beauté*, in Lemarquais Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: Editions Odile Jacob, 2012, p. 87.

28 Jean Pierre Changeux. *Raison et plaisir*, Paris : Editions Odile Jacob, 2002, p.56.

29 Jean Pierre Changeux. *Raison et plaisir*, Paris : Editions Odile Jacob, 2002, p.40.

30 Changeux Jean Pierre. *Raison et plaisir*, Paris : Editions Odile Jacob, 2002, p.40.

Ce merveilleux est le miroir de nos goûts, la représentation et la saveur de nos désirs, le lieu d'évasion de nos contraintes familiales et de nos souffrances.³¹

3. L'engagement dans une œuvre est la synthèse entre le goût et le style

Le goût est impliqué dans les mécanismes intérieurs du ressenti tandis que le style se rapporte au savoir-faire technique. L'un et l'autre induisent un engagement du corps de l'artiste dans son projet.

4. La production d'une œuvre émane de l'élan corporel*

De l'impression à l'expression, le corps est stimulé physiquement et émotionnellement. De la captation et du traitement archaïque d'un stimulus, s'extériorise une émotion qui se lit sur un visage par une mimique, une action motrice d'un aller vers la réalisation d'une production artistique pour satisfaire un idéal esthétique.

C. La recherche et le jugement esthétique dans les arts plastiques nécessitent des facultés cognitives

1. La couleur, les formes, la composition activent certaines aires spécifiques du cerveau

Une étude canadienne a montré que devant un tableau qui plaît, une activation plus importante s'observe dans les zones du cerveau (le lobe occipital) impliquées dans le décodage des informations visuelles. De plus, les circuits neuronaux en relation avec le traitement des émotions et le cervelet sont concernés dans la réception d'une œuvre.³²

Aussi, le cortex préfrontal établit de riches connexions avec le système limbique, siège des émotions (dans l'amygdale), engagé dans le contrôle des états affectifs du sujet. Le plaisir esthétique ferait donc intervenir des ensembles de neurones qui unissent les représentations mentales les plus synthétiques, élaborées par le cortex frontal, à des états d'activités définies du système limbique.³³ Ainsi émotions de plaisir et représentations mentales sont activées simultanément.

Le corrélat du fonctionnement cérébral, basé sur le plaisir ressenti, montre que l'activité du cortex orbito-frontal diminue quand les œuvres ne sont pas appréciées.³⁴

2. Certaines aires cérébrales sont activées lors des actions motrices finalisées

Aussi bien lors des actions motrices finalisées telles que saisir, tenir, manipuler un objet ou lorsque nous sommes sur le point d'interagir avec lui mais aussi lorsque nous contemplons un tableau ou un beau paysage, certaines aires cérébrales sont stimulées.³⁵ Le geste de saisie révèle un entrelacement complexe de sensations (visuelles, tactiles, olfactives, proprioceptives) de motivations, de dispositions corporelles et de performances motrices qui interagissent entre elles.³⁶

D. Les arts plastiques permettent de laisser une trace

1. L'envie de recommencer naît après la réalisation d'une œuvre

La recherche du beau induit une recherche d'harmonie qui entraîne l'artiste dans un plaisir

31 Forestier Richard et coll. *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2007, p.82.

32 Lemarquis Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: Editions Odile Jacob, 2012, p.79.

33 Changeux Jean-Pierre, *Raison et plaisir*, Paris : Editions Odile Jacob, 2002, p.45.

34 Lemarquis Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: Editions Odile Jacob, 2012, p.80.

35 Rizzolatti Giacomo et Sinigaglia Corrado. *Les neurones miroirs*. Paris: Editions Odile Jacob, 2011, p.9.

36 Rizzolatti Giacomo et Sinigaglia Corrado. *Les neurones miroirs*. Paris: Editions Odile Jacob, 2011, p.14.

esthétique qui ne demande qu'à être « rejoué ». ³⁷

En effet, l'œuvre d'art résulte d'un long travail d'essais et d'erreurs entre ce qui est représenté et l'idéal esthétique que vise l'artiste. ³⁸ Léonard de Vinci nous dit que la pratique de la peinture est une opération longue et méditée selon une intention qui l'oriente : « *La science de la peinture réside dans l'esprit qui la conçoit d'où naît ensuite l'exécution (...)* ». ³⁹

Alors, l'œuvre d'art ne progresse pas vers des normes puisqu'elle répond aux critères subjectifs de beauté mais elle se renouvelle pour offrir encore de la surprise, l'étonnement de soi-même, des autres et du bon à ressentir à nouveau.

2. Les productions artistiques mettent en relation son créateur et un public

L'intérêt des arts plastiques réside aussi dans le fait que la trace s'inscrit dans le temps et s'offre à un public potentiel. Dans le cadre d'un EHPAD, les œuvres peuvent être contemplées en différé par le personnel médical, la famille mais aussi par la personne qui les a réalisées dans le cas d'une atteinte cognitive faible à moyenne. Ainsi, se crée une distance vis à vis de la production elle-même.

Par là, les productions des arts plastiques ont une visée sociale, elles sont destinées à être communiquées, reçues et partagées avec d'autres personnes. ⁴⁰

E. L'Art peut être une aide

Dans Le Politique, Platon a fait le constat que l'homme a été abandonné des dieux qui le rendaient démuné. Pour répondre à ses besoins matériels et spirituels (de l'esprit), les dieux ont apporté le feu, les arts, les semences et les plantes et « *de là sont sorties toutes les inventions qui ont contribué à l'organisation de la vie humaine* ». Ainsi, Héphaïstos donna les arts aux hommes : « *ils pourront faire quelque chose et cela les préservera de souffrir* ». L'homme a pu, ainsi, subvenir à ses besoins.

Avec l'Art, l'homme agit et crée des productions artistiques qui lui garantissent le bon fonctionnement de son esprit et de son corps. L'âme peut, avec les œuvres d'art, trouver le Beau qui lui rappelle le monde divin. ⁴¹

Pour conclure, l'Art est générateur de sensations, d'émotions, d'analyse, de volonté, de recherche, de technicité, de partage. Par sa nature et ses effets, l'Art peut améliorer la qualité existentielle* de l'homme.

III. Hypothèse : L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut raviver, maintenir des ressources personnelles et contribuer à diminuer la souffrance psychologique des personnes âgées dépendantes

37 Forestier Richard et coll. *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2007, p.35.

38 Changeux Jean-Pierre. *Du vrai, du beau, du bien: une nouvelle approche neuronale*. Paris: Editions Odile Jacob, 2010, p.150.

39 Chastel André. *Léonard de Vinci, Traité de la peinture*. Paris: Editions Calmann-Levy, 2003, p. 57.

40 Changeux Jean-Pierre. *Du vrai, du beau, du bien: une nouvelle approche neuronale*. Paris: Editions Odile Jacob, 2010, p.109.

41 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.33-35.

A. L'art-thérapie est un soin⁴² qui met en valeur l'humanité de la personne

La recherche du bien-être social, physique et mental est dans la nature de l'homme. C'est aussi la définition de la santé par l'OMS.⁴³ Elle souligne que la santé n'est pas « seulement une absence de maladie ou d'infirmité » car vivre dans le bien-être est essentiel pour être en bonne santé. Aussi, c'est pour atteindre un équilibre entre le physique, le mental et le social que l'homme organise ses activités. Dans le domaine de l'Art, l'équilibre se situe dans le rapport entre le fond et la forme, c'est à dire une harmonie qui plaît à la personne. Cette beauté entraîne le corps physique et mental par la sensation éprouvée du plaisir ou du déplaisir esthétique. L'Art est alors un processeur.

L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et sanitaire. Le processus de création artistique a été modélisé par l'école de Tours afin d'en comprendre ses effets avec l'art opératoire qui se décline en huit phases. L'art-thérapeute est le seul, parmi les autres professions paramédicales et thérapeutiques, à utiliser les effets de l'Art au service de la bonne santé⁴⁴.

En art-thérapie, la prise en charge du patient, sous autorité médicale, tient compte des pénalités de la personne, c'est à dire des conséquences de la maladie qui sont les causes de sa souffrance. Il s'agit de l'atteinte organique et de ses répercussions sur le plan des capacités cognitives, de son autonomie dans les actes de la vie quotidienne, de son comportement, de l'interaction de cette maladie avec les éléments de son histoire de vie et aussi de sa personnalité et de ses goûts, ainsi que des relations sociales qu'elle entretient avec son entourage. Les symptômes sont perçus comme détenant une fonction utile pour cibler les besoins de la personne âgée.⁴⁵ Ainsi, l'art-thérapeute observe ces divers paramètres pour établir un état de base de la personne.

La reconnaissance de la singularité de la personne dans sa biographie, son environnement actuel et ses capacités constituent des éléments importants dans les soins donnés au patient atteint de troubles cognitifs ou souffrant de troubles psychiatriques.⁴⁶ Ainsi, l'art-thérapeute se concentre surtout sur ce qui fonctionne encore bien chez le patient plutôt que sur ses déficits. Il a pour but de révéler l'humanité de la personne.

Il est à noter, car c'est aussi ce qui fait la spécificité de l'art thérapie, que les qualités relationnelles et les savoir-faire artistiques de l'art-thérapeute garantissent le devenir thérapeutique et la conduite des ateliers. Les modalités de chaque séance dépendent de la nature de la dominante utilisée mais aussi de l'état de base du patient afin que l'art-thérapeute puisse l'aider à tendre vers son idéal esthétique ou à développer des techniques artistiques tout en visant les objectifs thérapeutiques projetés.

B. Les personnes indiquées pour des séances d'art-thérapie présentent des troubles de l'expression, de la communication et de la relation affectant leur qualité existentielle

La communication verbale chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs devient progressivement de plus en plus difficile. La conversation est souvent interrompue par le manque de mots et le sens de la phrase se perd. Ainsi, ces personnes ne peuvent plus exprimer leurs besoins ce qui affecte considérablement leur qualité de vie. Une difficulté de communication peut se traduire par des attitudes agressives ou de repli, ce qui nuit aux relations avec l'entourage.⁴⁷

42 Le soin, c'est s'occuper de la vie pour la maintenir en bon état. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.48).

43 Site de l'OMS: www.who.int.

44 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.171.

45 Ploton Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. 2^e édition, Lyon: Editions Chronique Sociale, 2011, p. 63.

46 Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.23.

47 Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des*

La dominante⁴⁸ arts plastiques est une modalité d'expression non verbale qui permet aux personnes de s'affirmer, de prendre confiance en soi et d'être en meilleure estime avec elle-même. Avec cette dominante, l'art-thérapeute sollicite les ressources multiples de la personne. Il trouve les stimulations adaptées aux goûts et aux facultés de la personne afin d'alimenter une poussée dynamique et expressive qui entraîne la vie à des fins d'extériorisation pour une communication et une relation.

C. L'art-thérapeute est attentif aux besoins spécifiques des personnes âgées vivant en institution

1. Les soins de qualité favorise le « bien-être »

En effet, c'est l'« être intime » des personnes atteintes de troubles cognitifs et psychiatriques qui doit bénéficier de soins de qualité pour compenser la dégradation progressive de leurs capacités.

On constate que les besoins des personnes, ayant des troubles cognitifs, comme les personnes présentant des symptômes de la maladie d'Alzheimer, sont changeants. Cela exige que l'on définisse régulièrement de nouveaux objectifs.

2. Des éléments subjectifs sont les bases du bien-être humain.

Tom Kitwood a relevé quatre éléments subjectifs qui constituent les bases du bien-être humain, pouvant être au moins passagèrement ressentis par les personnes âgées présentant des troubles cognitifs de type Alzheimer, à savoir : le sentiment de valoir quelque chose et d'être important pour autrui (l'estime de soi*), le sentiment d'être capable de faire quelque chose (la confiance en soi), le sentiment de pouvoir encore entrer en contact avec autrui, de retenir l'attention (l'affirmation de soi), d'obtenir des réponses et d'avoir de l'espoir.⁴⁹

En répondant à la satisfaction de plusieurs besoins combinés, l'art-thérapie peut prévenir des troubles du comportement car les personnes âgées ressentent une restriction de leur liberté quand un tiers leur disent ce qu'elles doivent faire, sans les consulter ou sans tenir compte de leurs aspirations, ce qui peut les conduire à adopter un comportement agressif, apathique ou dépressif.⁵⁰

3. L'art-thérapeute favorise la stimulation du corps et l'esprit.

En stimulant le corps moteur par les ressentis, la poussée et la structure corporelle, l'art-thérapeute fait interagir des facultés de l'esprit telles que l'affirmation de soi, l'estime de soi, la confiance en soi.⁵¹

Ainsi, l'activation d'un site d'action comme les ressentis, agira simultanément sur l'expression du plaisir esthétique et sur l'affirmation de soi, car la personne exprime son goût pour le Beau.

La poussée corporelle est un mouvement du corps pour agir et s'engager dans un projet. Il implique l'estime de soi car la personne a le sentiment de valoir quelque chose pour se sentir capable de réaliser un projet digne d'intérêt.⁵²

soins. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.11.

48 La dominante caractérise la nature de l'activité artistique (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.191).

49Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.24.

50Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.24.

51 Forestier Richard et coll. *Profession art-thérapeute*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2010, p. 24.

52 Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p. 185.

La structure corporelle⁵³ induit une confiance en soi, la manifestation de la qualité technique de l'œuvre et un style personnel. Dans cette confiance, le patient met en œuvre la faculté de se projeter dans l'avenir en produisant une œuvre.⁵⁴

D. La stratégie thérapeutique s'appuie sur l'opération artistique

L'art-thérapeute utilise l'opération artistique⁵⁵. Elle est le fondement scientifique des connaissances en art-thérapie pour identifier les mécanismes humains impliqués dans chaque phase (élément constitutif) de l'opération artistique. Cette identification permet à l'art-thérapeute de connaître les sites d'actions sur lesquels il peut intervenir. Car, dans le processus artistique nous trouvons l'humain et ses mécanismes qui ont donné naissance à l'Art.

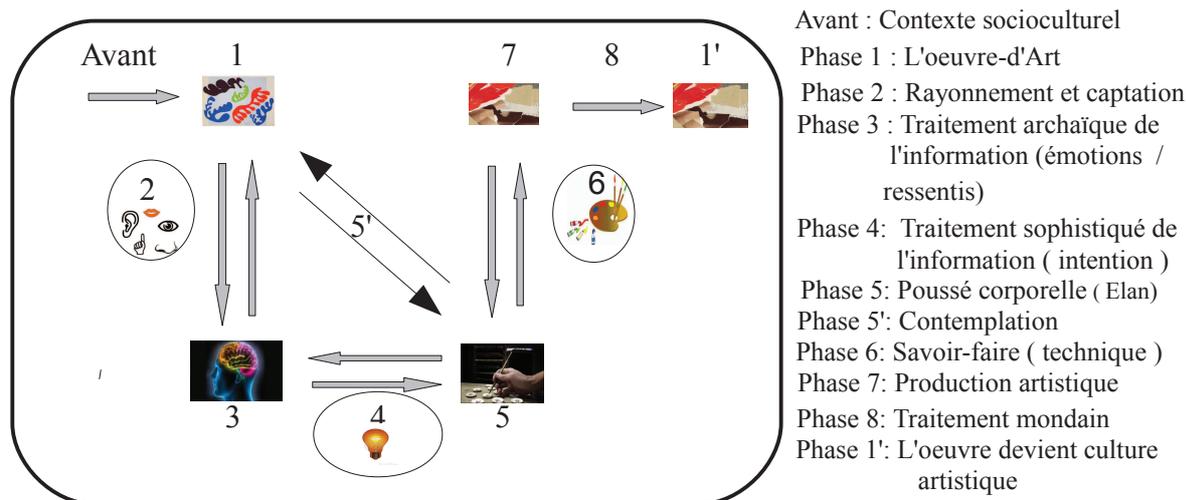


Figure 2: Schéma de l'opération artistique

Les phases 1 à 8 concernent l'opération artistique. Le phénomène artistique (ce qui est observable) commence en partie en phase 4 jusqu'en phase 8. L'observation des phénomènes visibles permet de remplir les fiches d'observations et d'évaluer les prises en charge de manière objective. L'opération artistique dans son intégralité permet de comprendre et d'analyser ce qui se manifeste dans le phénomène.⁵⁶

Ainsi, l'opération artistique est un outil pertinent pour déterminer des objectifs thérapeutiques en lien avec l'équipe médicale et en accord avec la personne, établir et adapter une stratégie thérapeutique, selon les sites d'actions relatifs aux pénalités des personnes.

E. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut stimuler une poussée corporelle

Malgré la faible mobilité de certaines personnes âgées, alitées ou qui se déplacent en fauteuil roulant avec l'aide d'un soignant, l'art-thérapie implique un déplacement de l'énergie motrice par la volonté d'agir ou de ne pas agir (phase 4). En ce sens les personnes ayant décidé de ne pas agir ont

⁵³ La structure corporelle est définie par l'organisation des segments corporels (bras, avant-bras, main...) en vue d'une activité (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.168).

⁵⁴ Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p. 161.

⁵⁵ L'opération artistique est une organisation des éléments qui composent l'activité artistique. Cela va des mécanismes liés à l'impression à l'expression. Cette opération est un appui avec lequel l'art-thérapeute peut analyser, comprendre et établir une stratégie thérapeutique. (Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p.108).

⁵⁶ Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.55.

mobilisé une résistance physique qui a des répercussions motrices (phase 5). Par la volonté de tendre vers l'esthétique, l'entraînement corporel, qui met en interaction le corps et l'esprit, produit une poussée corporelle qui induit un mouvement du corps physique.⁵⁷

L'intention esthétique chez les personnes âgées, présentant des troubles cognitifs moyens, existe et la tension corporelle en est d'autant plus mobilisée. L'interaction entre les phases 3, 4 et 5 entraîne un engagement corporel. Car, la captation non attentionnée ou orientée vers l'œuvre que les sens et le traitement neurologique captent en phase 3 sont en lien, en phase 4, avec une intention de tendre vers des gratifications qui renforceraient encore la phase 3. Cette phase 4 est elle-même en interaction avec la poussée corporelle qui meut le corps physique dans l'action.

F. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut diminuer les troubles émotionnels qui pénalisent la qualité existentielle des personnes âgées

Les troubles émotionnels pénalisent les personnes âgées car leur volonté est réduite. Elles ont des difficultés à prendre des décisions et ainsi à accomplir des actions. La phase 4 de l'opération artistique est un site d'action pour l'art-thérapeute qui va construire sa stratégie thérapeutique autour de différentes cibles* ou des phénomènes associés⁵⁸ pour détourner cette difficulté.

L'art-thérapeute, au début de la prise en charge, va stimuler les phases 1 à 3 de façon à gratifier ses sens. C'est dans la gratification des sens, que la personne trouve du plaisir (l'esthésie*) et régule ses troubles émotionnels.

G. L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut raviver la saveur existentielle en atténuant le sentiment de perte du goût de la vie, de perte d'identité et d'exclusion⁵⁹

1. Les sensations gratifiantes conditionnent la qualité de la vie

Les personnes, accueillies en ateliers d'art-thérapie, ont leur qualité de vie pénalisée ce qui nuit à leur autonomie. L'attention de l'art-thérapeute est orientée vers tout ce qui peut induire dans son activité des sensations gratifiantes car cela conditionne leur qualité de vie. Ainsi, l'art-thérapeute est sensible à la fatigabilité, aux capacités motrices, à l'adaptation des consignes aux capacités cognitives, à l'adaptation du lieu et de l'installation des personnes afin de favoriser au mieux la qualité du moment.

L'esthésie permet de procurer des sensations gratifiantes. L'expérience sensorielle et affective ressentie pendant les ateliers d'art-thérapie relie les personnes âgées à certains éléments de leur passé et à leur identité.

Les sensations gratifiantes sont aussi les moteurs de l'épanouissement de l'esthésie qui est l'esthétique dans la réalisation d'une œuvre.

2. Les réalisations artistiques produites par la personne âgée lui donnent le sentiment de maîtriser son environnement et de s'engager

L'engagement de la personne dans la réalisation d'une œuvre manifeste sa présence dans un espace et dans un temps car l'œuvre émane de son élan pour exister.

La personne âgée ressent aussi une sensation de complétude qui est induite par son engagement dans le processus de création.

57 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.177.

58 Le phénomène associé est ce qui accompagne, ce qui est nécessaire, provoqué ou qui influe sur la dominante. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.192).

59 L'exclusion est un processus de rupture du lien social, de désaffiliation, au cours duquel l'individu perd peu à peu les liens tissés avec d'autres individus ou des groupes d'individus. L'exclusion se construit par des ruptures successives. Elle est rarement totale. (<http://www.unesco.org>)

Quant la personne âgée est consciente de l'intérêt que revêt sa réalisation pour elle-même, elle sent l'impact de sa production sur l'environnement. Elle a la sensation de maîtriser une volonté dans l'exercice de ses choix qui lui donne le sentiment de mieux contrôler son environnement.

3. En faisant des choix pour elle-même, la personne âgée fait l'exercice de sa liberté et de l'affirmation de sa singularité

Choisir, c'est exercer son libre arbitre, c'est aussi affirmer son goût. En faisant des choix par goût, la personne âgée affirme son existence singulière et savoure sa vie qui devient gratifiante.

4. La personne âgée peut se sentir exister en tant que sujet, avec la conviction que ce qu'elle réalise, dure dans le temps

La volonté de la personne, pour que sa production soit bien faite induit que l'œuvre va durer dans le temps, ce qui donne une perspective dans le futur de manière concrète. Aussi, pour s'inscrire dans l'élaboration d'une œuvre, la projection de cette œuvre dans l'avenir est nécessaire pour la personne. La personne fait preuve de confiance en elle pour la réalisation de ce projet.

De plus, dans l'élaboration de l'œuvre la personne met en œuvre une production imprégnée de son style afin qu'elle subsiste dans le temps et dans l'espace.

5. La considération de sa production atténue le sentiment d'exclusion

L'émerveillement et la surprise que procure la création artistique retrouvent leur place dans la vie de chaque personne. Cela rompt l'isolement dans lequel la personne est confinée. Ces sentiments concernent aussi bien la personne que le public devant son œuvre.

La première considération que la personne peut recevoir est celle qu'elle se donne. Pour cela, le cube harmonique* offre la possibilité de s'évaluer en affirmant son goût par la discrimination de ce que la personne ressent comme beau, bon* (pendant la séance et avec l'élan pour recommencer), et bien* (ce qui est bien fait techniquement et qui renforce la confiance dans ses possibilités corporelles et son style).

Avec l'auto-évaluation, la personnalité du patient se renforce par la verbalisation de sa subjectivité, tout en mettant à jour de manière objective sa faculté critique par une cotation du bien, du beau et du bon sur une échelle de 1 à 5.⁶⁰

Le regard d'autrui sur l'œuvre renforce le sentiment d'exister car la réalisation dans laquelle la personne y a puisée de la satisfaction, pendant la production, est tout d'un coup considérée. La collectivité humaine valide ainsi l'existence de cette « chose du monde artistique » qui capte leur attention. L'œuvre devient un élément dynamique et constructif de l'épanouissement de la personne.⁶¹

Le traitement mondain, qui est l'exposition de l'œuvre devant un public, en art-thérapie nécessite que la personne se sente suffisamment assurée dans son estime de soi, dans sa confiance et son affirmation de soi, pour prendre le risque des critiques lors de l'exposition de son tableau. L'exposition de l'œuvre peut devenir un processeur qui permet d'établir un lien d'homme à homme par le dépassement de l'œuvre elle-même.⁶²

En conclusion de cette première partie, nous pouvons dire que la vie est riche d'une variété d'aspects qui ne se résument pas au seul fait d'exister*. Dans le processus biologique, la vie entraîne l'envie de vivre. La personne âgée dépendante n'a malheureusement plus de goût à la vie et n'y voit

60 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.203.

61 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.183.

62 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.34.

plus de sens. Mais l'art-thérapie peut stimuler la personne en lui donnant le goût de vivre. La personne âgée peut se sentir exister et sortir de la souffrance existentielle en créant des oeuvres. Ainsi, l'art-thérapeute met l'Art au service des personnes et non les personnes au service de l'Art.

Les 3B	Corps	Esprit	Saveur existentielle
Beau	Ressenti corporel déclencheur d'une première saveur	Affirmation de soi	Goût Affirmation de son choix
Bien	Structure corporelle	Confiance en soi	Style
Bon	Poussée corporelle	Estime de soi	Engagement

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de l'exploitation sanitaire de l'activité artistique⁶³

2° PARTIE: UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES A PERMIS D'AMÉLIORER LA QUALITÉ EXISTENTIELLE DE PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

I. La qualité de vie est une orientation prioritaire de l'EHPAD Pierre Martin du CHD de Luçon

A. La résidence Pierre Martin est un lieu de vie médicalisé qui répond à des impératifs de santé physique, mentale et sociale

L'évaluation clinique s'appuie sur un recueil d'informations du contexte d'apparition et du mode d'installation des troubles cognitifs⁶⁴. La présence de troubles cognitifs et du comportement conduit le médecin gériatre à limiter l'aggravation de l'affaiblissement des facultés cognitives et d'agir sur les symptômes comportementaux des démences (ou SCD).

Le projet de vie de l'établissement favorise la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. Un projet personnalisé de chaque résident est proposé. Une anamnèse sociale est établie préalablement à l'admission de la personne. Ces informations sont précieuses pour proposer des activités adaptées.

Donc, en plus de l'anamnèse médicale et neuropsychiatrique, une attention particulière est accordée aux données autobiographiques et aux habitudes de vie de la personne accueillie dans l'établissement.

B. Les observations sur le terrain ont montré que la personnalité des résidents est mise au second plan pour plusieurs raisons

1. L'art-thérapeute a remarqué plusieurs tendances chez la personne âgée de plus de 85 ans qui les empêchent de maintenir un goût pour la vie.

63 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5° édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.171.

64 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p. 116.

En effet,

- Certains souvenirs envahissants empêchent les personnes âgées d'exprimer leur personnalité et de vivre pleinement leur existence.
- Ces personnes ne recherchent pas de moyens pour s'épanouir ou pour dépasser certaines douleurs.
- Les déficits cognitifs entraînent pour certains des troubles de l'humeur les empêchant de s'épanouir.

La personne âgée vit une phase où elle trie ses souvenirs, les reconstruit, les oublie ou les abandonne à un temps révolu, ce qui l'empêche de se sentir libre et de découvrir d'autres moments nourrissants pour sa vie.

2. Les rituels peuvent uniformiser la personnalité des résidents

Dans l'établissement, les journées sont segmentées en différents temps : le petit déjeuner, la toilette et les soins médicaux du matin, le déjeuner, la sieste ou le repos, l'animation ou les différentes interventions paramédicales (le matin ou l'après midi), le goûter, le dîner, le coucher. Ils ont pour effet de rythmer le temps, de donner des repères et des perspectives à court terme mais ils tendent à uniformiser la personnalité des résidents. Ces temps leurs sont imposés et ne s'adaptent pas à leur rythme individuel. Souvent, les personnes se sentent soumises à des impératifs qui leur sont étrangers.

A ces temps institutionnels, certaines résidentes ont des pratiques ritualisées comme le tricot que les femmes font de manière automatique.

3. Les stimulations sensorielles sont rares pour certaines personnes âgées dépendantes

De plus, l'art-thérapeute a observé que les personnes ne nécessitant plus de soutien pour l'exercice de la marche (étant en fauteuil roulant) n'ayant plus besoin de séances d'orthophonie ou encore des personnes n'ayant pas avancé dans les échanges avec le psychologue, ne sont plus du tout prises en charge en dehors des visites quotidiennes du praticien hospitalier et des soignants pour les suivis au quotidien. C'est à dire que ces personnes ne reçoivent plus de soins de confort par des intervenants extérieurs mis à part la coiffeuse et la pédicure.

Les stimulations cognitives ou sensorielles sont donc très rares d'autant que ces personnes n'ont plus la capacité d'avoir spontanément des projets par rapport à un maintien de leurs capacités.

II. L'installation d'un atelier d'art-thérapie dans un EHPAD a contribué à une prise en charge globale de Madame E, présentant des troubles cognitifs, et de Madame T, présentant des troubles psychiatriques

A. Les indications médicales orientent l'art-thérapeute vers des résidents souffrant de troubles cognitifs et d'isolement vécus comme une exclusion

Deux ateliers d'animation artistique par groupe de six personnes ont permis de repérer les besoins des personnes qui ont été orientées en art-thérapie par l'équipe médicale. La technique de l'impression et du monotype a montré leurs habiletés, leur goût pour les arts mais aussi des pénalités existentielles qui ont pu orienter l'art-thérapeute vers le choix d'une dominante adaptée aux personnes visées. Suite à ces ateliers artistiques, l'art-thérapeute a pris en charge quatre personnes en atelier d'art-thérapie.

B. La qualité de la relation d'aide établit entre l'art-thérapeute et la personne âgée dépendante a favorisé la réussite des prises en charge

Une approche centrée sur la personne basée sur une attitude bienveillante, de flexibilité et de capacité à répondre aux situations difficiles a permis de préserver un temps de présence privilégiée.

Un climat de sécurité a été un préalable pour permettre aux personnes âgées de se lancer dans l'activité artistique. Ce climat a pu favoriser la communication verbale et non verbale car la personne âgée doit se sentir au même niveau et dans un échange sur le plan affectif.⁶⁵ Aussi, des stratégies ont instauré une communication rassurante :

- L'écoute de la personne sans jugement, ni présupposé.
- Parler ouvertement de ce que nous vivons ensemble.
- Le soutien au niveau de l'attention en gardant le contact visuel avec la personne.
- L'aide pour formuler sa pensée en lui proposant des mots.
- L'aide à valider ses choix.
- Être prudent avec le contact corporel .
- Être expressif dans la gestuelle afin de faciliter la compréhension.
- Faciliter l'émergence d'une pensée positive et de l'esprit de réussites.
- Respecter leur temps de réactivité et être patient dans l'attente des réponses lentes à venir⁶⁶.
- Reconnaître les paroles de la personne comme valables.
- Rencontrer les personnes sur un plan émotionnel.⁶⁷

Pour favoriser ce climat, l'atelier était situé dans un espace à l'abri des intrusions et des perturbations sonores, seule les perturbations visuelles ont pu être gênantes. L'atelier étant installé dans une salle vitrée attenante à l'entrée de l'EHPAD.

III. Madame E et Madame T ont participé à onze séances d'art-thérapie à dominante arts-plastiques

Madame E

Madame E a bénéficié de onze séances d'art-thérapie qui ont amélioré sa saveur existentielle, sa thymie et stimulé ses facultés cognitives

A. La rencontre avec Madame E autour d'un atelier d'animation artistique a permis à l'art-thérapeute de repérer ses capacités et son goût pour l'Art

1. L'équipe soignante oriente Madame E vers l'art-thérapie

L'équipe soignante et principalement le médecin gériatre ont orienté vingt résidents à l'art-thérapeute. Parmi eux, Mme E se replie sur elle-même, communique peu avec les autres résidents et se dévalorise beaucoup. Lors de la première visite de l'art-thérapeute dans sa chambre, Mme E se sent incapable de réaliser une activité et de se déplacer au rez-de-chaussée de l'EHPAD. Avec l'aide

65 Line Asselin. "Entrer en lien avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer" conférence du 26 septembre 2013, IFPS école d'infirmière, La roche sur yon.

66 Ploton Louis, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. 2^e édition, Lyon: Editions Chronique Sociale, 2011, p.55.

67 Naomie Feil in Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.12.

de l'art-thérapeute, elle accepte mais se plaint de la perte de ses capacités.

Madame E s'exclut et se dévalorise.

2. La rencontre avec Mme E s'est déroulée autour d'un atelier d'animation artistique

Pour connaître ses facultés et sa sensibilité à l'Art, l'art-thérapeute lui propose de participer en groupe à un atelier d'animation artistique autour de l'impression de différentes matrices.

Plusieurs facultés et pénalités ont pu ainsi être observées. En effet, Mme E est attentive et concentrée. Elle adapte la distance du support à ses capacités visuelles en se rapprochant pour faciliter le contrôle de son geste. Mais, elle ne mémorise pas les consignes. Elle effectue des gestes contrôlés en imitant ceux de l'art-thérapeute. Elle s'applique à réaliser l'exercice artistique proposé mais elle exprime des doutes et beaucoup de jugements négatifs sur la qualité technique de sa production, ce qui altère son élan corporel. Avec les encouragements de l'art-thérapeute, elle signe son tableau en fin de séance et reconnaît finalement la beauté de son graphisme.

B. L'anamnèse de Mme E confirme certaines observations en atelier d'animation artistique et apporte un éclairage essentiel sur l'orientation de la prise en charge

1. L'anamnèse de Madame E donne des informations essentielles

Madame E est née en 1924 et habitait en Vendée. Lors des ateliers d'art-thérapie, Madame E a évoqué un père attentif à ses réussites dans les travaux manuels tels que le canevas et la couture. Elle en a gardé un bon souvenir et reconnaît avoir beaucoup appris avec lui.

Elle a été mariée deux fois et a été mère de deux enfants. Son mari et elle étaient agriculteurs et vendaient les produits de la ferme.

Après le décès de son mari, Mme E est entrée à l'EHPAD de Luçon à 76 ans suite à des troubles cognitifs qui conduisent sa famille à envisager une prise en charge en institution. A son entrée dans le service en 2009, une consultation neuropsychologique diagnostique une démence vasculaire ou dégénérative possible avec un score de 19/30 au MMS.

Mme E n'a plus de visite de sa famille et ne reçoit plus de nouvelles. Elle souffre de sa solitude. Lors des séances avec le psychologue, Mme E a exprimé une souffrance psychologique importante avec somatisation (troubles du sommeil) et idées suicidaires. Elle disait s'ennuyer, se sentir inutile et très inquiète de ses pertes mnésiques. Depuis son arrivée, Mme E souffre d'un syndrome dépressif et d'angoisse. Elle ne se sentait plus capable d'agir avec habileté et se dévalorisait verbalement régulièrement. Les séances auprès du psychologue se sont terminées sur une ouverture vers le monde sensible car Mme E « contemple les couleurs de l'automne depuis sa chambre ». Le psychologue actuel ne reçoit plus Mme E car l'entretien ne permet pas d'établir de progression.

D'un point de vue locomoteur, Madame E se déplace en déambulateur de façon autonome mais a une désorientation temporo-spatiale importante (3/10 au MMS) ce qui l'handicape au niveau de la reconnaissance des lieux et du temps. Elle n'est pas suivie par le kinésithérapeute qui reste attentif néanmoins à sa marche.

Sensoriellement, elle a perdu une partie de l'audition de l'oreille gauche et a une cataracte de l'œil droit. Au niveau des praxies, Mme E a des difficultés de praxie constructive.

Mme E a conservé des capacités de communication mais avec une légère agnosie. Elle suit des séances en orthophonie pour maintenir sa mémoire sémantique. Elle adopte un comportement social adapté quand elle ne se replie pas sur elle-même.

La grille AGIR classe ses besoins spécifiques selon le GIR 3. En effet, elle s'habille en partie, mange de façon autonome mais ne subvient pas à tout ses besoins de base pour les soins à la toilette et à l'élimination. Elle ne fait pas la cuisine et ne peut pas suivre seule son traitement, faire

son ménage et alerter le personnel. Ses déplacements à l'extérieur ne peuvent pas se faire seule, ni les activités de temps libre. La gestion de ses achats est sous tutelle. Mme E participe de façon passive aux animations proposées par le service.

Après examen neuropsychologique et observations médicales sur le long court, il s'avère que Mme E présente une pathologie neurodégénérative de type Alzheimer en phase moyenne. Ses troubles cognitifs importants ne lui permettent pas d'être autonome dans les actes de la vie quotidienne. Les troubles de la désorientation temporo-spatiale lui font vivre des moments d'anxiété très importants car elle se rend compte de ses pertes mnésiques et de son incapacité à les maîtriser. Elle ne retient pas les événements récents, se rappelle de rares souvenirs passés et présente une prosopagnosie importante.

Un tableau récapitulatif de la séance préliminaire d'atelier artistique et de l'anamnèse médicale permet à l'art-thérapeute de faire le point de manière globale sur l'anamnèse de Madame E en art-thérapie :

Capacités motrices	Capacités cognitives	Sensibilité à l'Art	Etat émotionnel
Bonne dextérité fine: sait tenir les outils traceurs, effectuer des gestes simples et écrire son nom	Concentration Attention implicite Implication	Peu de gratifications sensorielles	Se dévalorise pendant toute la séance mais humeur joyeuse: rire en décalage avec son expression verbale
Adapte la distance du support à ses capacités visuelles en se rapprochant	Capacité d'adaptation Déficit visuo-spatial Pas d'accommodation visuelle		
Contrôle son geste	Volonté Mémoire procédurale	Veut atteindre le bien-fait	Sentiment d'incapacité provoque: - Des plaintes - Un besoin de se rassurer en répétant plusieurs fois l'exercice.
Apraxie légère Lenteur des gestes	Praxie visuo constructive Rappel des gestes à réaliser Rappels réguliers des consignes: Déficit de la mémoire épisodique et mémoire de travail Pas d'initiative	Pas d'intention esthétique	Anxiété a pour cause de ne plus comprendre pas le sens de ce qu'elle fait.

■ Ce que Mme E réussit ■ Ce que Mme E ne fait pas ou ressent négativement

Tableau 2 : Tableau récapitulatif de l'anamnèse de Mme E

2. Le repérage des pénalités de Mme E dans l'opération artistique permet d'identifier les sites d'actions

Avec l'anamnèse médicale et au regard des observations lors l'atelier artistique et des différents temps qui ponctuent la journée, l'art-thérapeute a repéré les sites d'actions⁶⁸ de l'état de base de Mme E dans l'opération artistique.

Il s'agit notamment de troubles de l'humeur et du manque de gratifications sensorielles, de ses troubles mnésiques dus à sa maladie et de la qualité relationnelle altérée.

⁶⁸ Les sites d'actions se rapportent aux mécanismes humains défaillants. (Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e édition. Paris: Editions Favre, 1999, p.193).

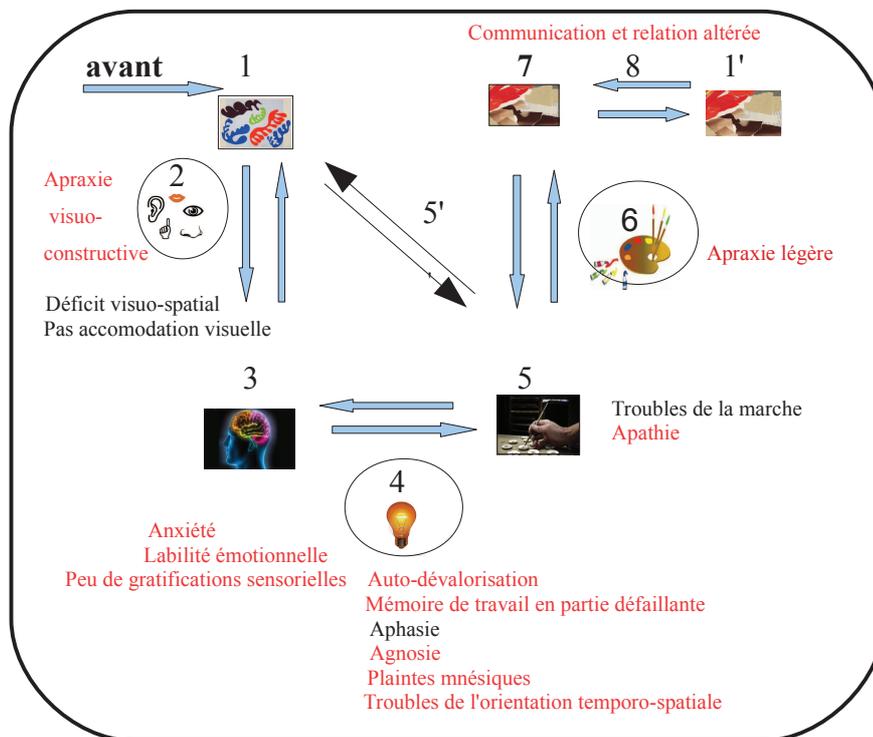


Figure 3 : Repérage des sites d'actions de l'état de base de Mme E dans l'opération artistique

■ Sites d'actions sur lesquels l'art-thérapeute agit dans la prise en charge de Mme E

3. Le repérage des cibles thérapeutiques permet à l'art-thérapeute d'élaborer un projet thérapeutique* favorisant les capacités préservées de Madame E.

En s'appuyant sur l'opération artistique, l'art-thérapeute élabore un projet thérapeutique qui tient compte des potentiels de Madame E, à savoir :

- Ses capacités sensorielles
- Ses ressentis et sa mémoire procédurale*
- Sa mémoire autobiographique et sa faculté critique
- Sa motricité fine
- Ses savoir-faire

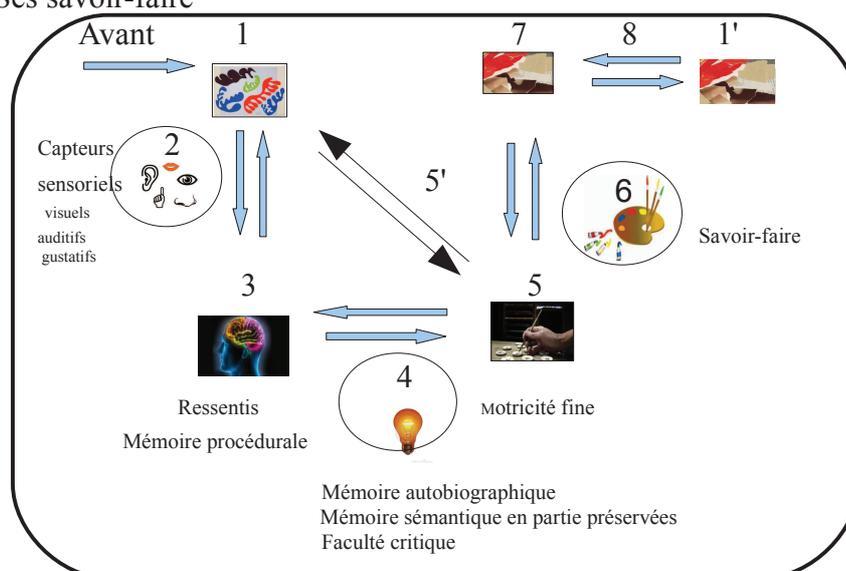


Figure 4: Repérage des cibles thérapeutiques

C. Le projet thérapeutique de Mme E s'oriente vers un objectif général gratifiant sa saveur existentielle

1. L'objectif principal s'oriente vers la gratification de la saveur existentielle

Les perspectives d'avenir sont absentes pour Mme E qui souffre de l'oubli systématique des informations reçues récemment et d'un isolement social. Elle se vit comme un objet dans un monde qu'elle comprend de moins en moins. Madame E a l'impression que sa vie se dérobe petit à petit devant elle.

Le temps et l'espace conditionnent sa qualité de vie. L'art-thérapeute choisit alors de favoriser les gratifications sensorielles. D'un point de vue neurologique, des moments vécus positivement au niveau émotionnel peut avoir une incidence sur la mémoire. La mémoire émotionnelle se situe dans l'amygdale, une structure distincte de l'hippocampe dans le système limbique qui pourrait résister plus longtemps que l'hippocampe au processus dégénératif. Il devient donc prioritaire de favoriser la saveur des gratifications sensorielles et l'élan corporel afin que la saveur vécue par Mme E devienne un état d'être.

La saveur existentielle s'ancre dans le moment présent. Aussi, la recherche des gratifications sensorielles et de l'élan corporel sont des priorités dans la prise en charge de Madame E. Ainsi, l'art thérapeute pourra restaurer des éléments qui constituent l'affirmation de soi et de l'estime de soi.

2. Les objectifs intermédiaires visent la baisse des troubles de l'humeur et le maintien des facultés cognitives

La diminution de l'anxiété de Mme E est un des objectifs intermédiaires recherchés. En gratifiant les sensations et en prenant conscience de la qualité de ses savoir-faire toujours opérants, l'impact sur l'état émotionnel peut s'améliorer, diminuer l'anxiété et les jugements négatifs qui portent atteinte à l'intégrité de sa personne. L'art-thérapeute avec l'accord du médecin a fait l'hypothèse que cet objectif intermédiaire pourra se réaliser en réactivant l'intention esthétique et ses possibilités d'inventions.

Le maintien des facultés cognitives est aussi un objectif intermédiaire important pour Mme E qui souffre de la perte de ses facultés mnésiques. Les pathologies neurodégénératives sont progressives et incurables mais la pratique artistique peut favoriser l'exercice de certaines facultés neurologiques. L'hypothèse d'une incidence positive de l'engagement de Mme E dans la pratique permettra un maintien de certaines capacités cognitives en réactivant ainsi sa confiance en elle, ce qui pourrait améliorer sa qualité de vie.

D. La stratégie thérapeutique a été de favoriser ses savoir-faire afin de gratifier ses sensations.

1. Le jugement négatif sur la qualité de ses savoir-faire en arts-plastiques est un phénomène associé qui influe sur l'activité

En effet, lors de l'atelier d'animation artistique (pendant la séance préliminaire), l'art-thérapeute a observé que l'exigence technique dont témoigne Mme E entraîne un trouble émotionnel. Le traitement sophistiqué (jugement de critique et critique)* en phase 4 empêche Mme E de considérer sa pratique artistique de manière satisfaisante. Cela pénalise son élan corporel en phase 5 et le retour aux gratifications sensorielles en phase 3.

2. La stratégie thérapeutique favorise les savoir-faire de Mme E

Dans l'opération artistique, la phase 1 est essentielle pour Mme E afin d'activer son envie mais pour ne pas l'entraîner dans une boucle d'inhibition, il est prudent de lui proposer de commencer par tracer des formes géométriques simples.

Ainsi, suite à une stimulation visuelle avec des oeuvres de papiers collés de Matisse, Mme E dessine au crayon des formes géométriques différentes ce qui stimule la phase 6 de l'opération artistique. Cette démarche sollicite sa mémoire procédurale qui met en oeuvre des savoir-faire anciens. La réussite de cet exercice procure une captation sensorielle en phase 2 et une satisfaction émotionnelle en phase 3 ce qui incite Mme E à continuer et à se mettre en mouvement en phase 5 pour poursuivre son effort qui tend petit à petit vers une intention esthétique en phase 4.

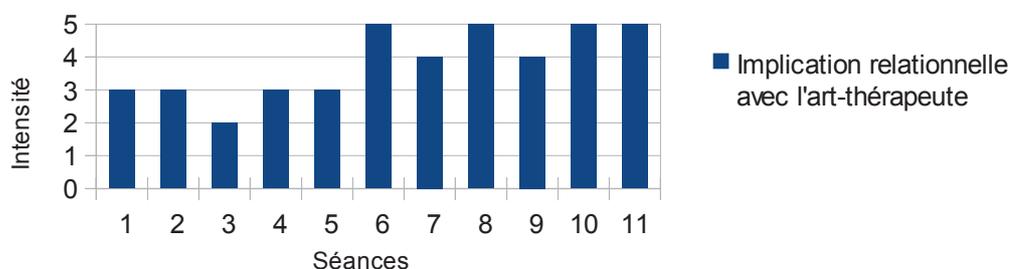
Nous pouvons résumer la stratégie thérapeutique globale de la prise en charge de Mme E par une stimulation de ses savoir-faire en phase 6 qui correspond au Bien dans la théorie de l'art opératoire afin de gratifier le Bon en phase 3. Pour ne pas entraîner Mme E dans des jugements négatifs (jugements critiques) qui arrivent de manière systématique, l'art thérapeute a facilité le passage de la phase 3 à 5 en escamotant la phase 4, car ses jugements l'empêchent de poursuivre son élan et de ressentir des gratifications sensorielles satisfaisant sa saveur existentielle.

E. Le collage est la technique la plus appropriée pour répondre aux objectifs thérapeutiques

1. Les notions de temps et d'espace prennent tout leur sens autour de la technique du collage

Après une première séance à dominante calligraphie qui n'entraînait pas Mme E dans une boucle de renforcement, l'art-thérapeute lui propose un atelier autour de la technique des papiers collés. Cette pratique permet de solliciter un goût pour la couleur, une dextérité fine, un traitement des formes dans un espace délimité de manière équilibrée.

2. L'implication relationnelle établit avec l'art-thérapeute autour de l'atelier de collage se construit au fil des séances



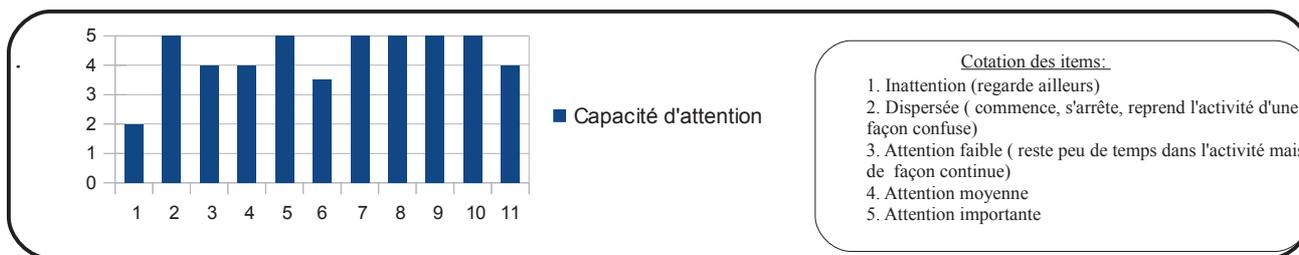
Cotation des Items : 1. Regard fuyant et absence d'expression verbale 2. Expression verbale et peu de regards échangés
3. Quelques regards échangés et communication 4. Regards intéressés, sourires et échanges verbaux
5. Regards intéressés et relation privilégiée par échanges verbaux et non verbaux (sourires, contacts, rires).

Graphique 1 : Implication relationnelle avec l'art-thérapeute

L'attitude de l'art-thérapeute basée sur l'écoute, la sympathie, l'assistance et la validation a été essentielle pendant les séances d'art-thérapie. Un accueil neutre pendant toute la durée de la séance et un accompagnement chaleureux lui ont procuré un cadre sécurisant.

Mme E se souvient vaguement de l'atelier d'art-thérapie mais reconnaît l'art-thérapeute de manière importante depuis la séance 7.

3. La capacité d'attention de Madame E pendant l'activité valide le choix de l'art-thérapeute d'un atelier individuel et de la dominante du collage



Graphique 2: Capacité d'attention dans l'activité artistique

Globalement, Mme E montre une capacité d'attention dirigée moyenne sur son activité artistique. Les conditions de sécurité mises en place dans l'atelier et l'attitude de l'art-thérapeute lui facilitent la possibilité d'être attentive comme nous l'avons évoqué page 26 dans la deuxième partie du mémoire en II.B.

Ce constat montre que la pratique artistique du collage lui convient bien en atelier individuel.

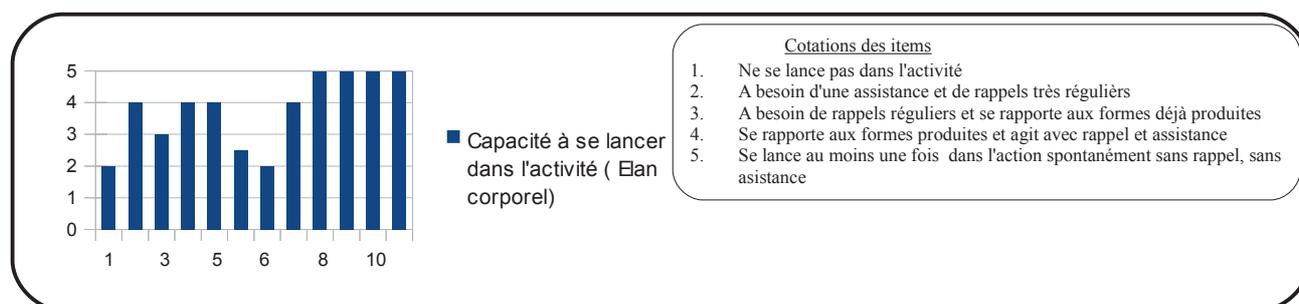
F. Les séances d'art-thérapie ont fait l'objet d'observations précises avec des items* regroupés en faisceaux d'items* autour de la capacité à se lancer dans l'activité, de la capacité esthétique et de l'état émotionnel

Les observations menées en atelier ont permis d'ajuster les méthodes et les stimulations sensorielles à la personnalité de Mme E.

1. La capacité de Mme E à se lancer dans l'action dépend de divers paramètres.

Le faisceau d'items se rapporte aux capacités à engager le corps physique et les capacités cognitives dans l'action artistique, ce qui implique une dynamique de la structure corporelle mais aussi des capacités mnésiques lors de l'activité artistique.

La fréquence des rappels et de l'assistance technique proposée par l'art-thérapeute sont mesurées au niveau des items pour l'évaluation de ces observations.



Graphique 3: Capacité à se lancer dans l'activité artistique (Elan corporel)

1.1. L'état de base a une importance capitale

En séance 1 et 6, Mme E arrive à l'atelier très anxieuse et fatiguée, ce qui ne lui permet pas de se concentrer pleinement pendant l'atelier. L'"avant" (avant la phase 1 de l'opération artistique) a beaucoup d'importance quant à la qualité du moment vécu par Mme E. Le graphique 2 montre la variation de la capacité d'attention de Mme E au cours des prises en charge. Nous verrons que l'intensité de son attention a des conséquences sur son état émotionnel.

1.2. La capacité à se lancer dans l'activité s'est améliorée au cours des séances

En séance 1, Mme E découvre l'atelier et les propositions offertes (phase 1 de l'opération artistique). L'art-thérapeute a préparé l'atelier en deux espaces d'activités: l'espace de la stimulation sensorielle avec divers oeuvres calligraphiées, l'espace de la pratique de l'écriture (divers outils traceurs, papier de différents grammage, encre de couleur et noir et blanc). L'ambiance et les propositions offertes stimulent différents capteurs sensoriels. Devant les oeuvres calligraphiées, Mme E ne se sent pas capable d'agir malgré son attraction pour les tracés et la belle écriture.

Dans la pratique et avec l'accompagnement dirigé et encourageant de l'art-thérapeute, les capacités praxiques de Mme E lui ont permis de faire des exercices d'écriture, de tracer avec divers outils.

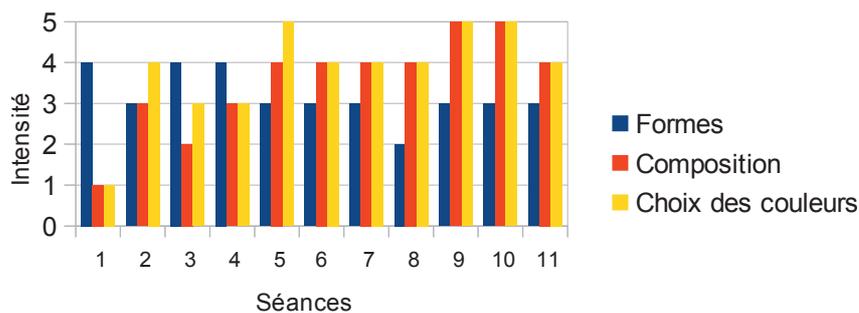
En séance 2, devant les difficultés techniques rencontrées lors de la 1^o séance, l'art-thérapeute choisit de changer de dominante pour celle des papiers découpés et collés.

En séance 3, Mme E montre peu d'initiative au début de la séance ce qui conduit l'art-thérapeute à lui proposer des exercices directifs et à lui réexpliquer les intentions de soins qui ont été formulées en séance 2, à savoir: "reconnaître que certaines facultés fonctionnent bien et profiter du moment présent ». Les consignes proposées ont permis à Mme E de s'impliquer rapidement afin de diminuer les paramètres émotionnels qui dévalorisent rapidement ses capacités d'agir.

Pendant la séance 6 qui s'est réalisée en deux temps (le matin et l'après midi), Mme E est très fatiguée et très anxieuse, elle souffre des pertes mnésiques dont elle se rend compte. Mais lors de l'atelier, le jeu qu'elle découvre à organiser des formes dans un espace lui procure beaucoup de satisfactions et cela l'apaise. Une assistance a été nécessaire pour l'aider à réaliser le dessin des formes au crayon. Partant d'un point, elle relie d'un trait les différents points pour aboutir à une forme.

A partir de la séance 9, l'art-thérapeute lui propose des gabarits pour faciliter le dessin. Mme E entre dans l'activité sans plainte, sans perte de confiance en elle. Au contraire, cela renforce sa volonté de bien faire. Elle a ainsi suffisamment d'élan corporel, une structure corporelle satisfaisante et une intention esthétique qui l'implique dans le traitement d'une composition, ce qui lui procure une grande satisfaction.

2. Le rapport entre le fond et la forme de la qualité esthétique dans les productions de Mme E montre une tension vers un idéal esthétique



Cotation des items

Formes: 1. informes 2. grossières 3. simples 4. travaillées 5. sophistiquées. **Composition des formes dans l'espace d'une feuille:** 1. Formes agencées par l'art-thérapeute 2. Formes placées au hasard par Mme E après lui avoir montrée une possibilité 3. Formes agencée après lui avoir montrée 4. Formes agencées volontairement et besoin d'une reformulation, sans lui montrer 5. Formes agencées de façon autonome et sans rappel. **Choix des couleurs** 1. non choisies 2. une couleur 3. plusieurs couleurs alternées 4. contraste fort 5. choix des couleurs en vue de créer une composition recherchée au début et pendant l'organisation de la composition

Graphique 4: Capacité esthétique : formes, composition, couleurs

En séance 1, Mme E juge positivement les calligraphies proposées au regard par l'art-thérapeute mais devant les sollicitations, elle répond : « c'est trop demander pour une dame comme moi, je suis vieille ». Ses facultés sont inhibées.

En séance 2, Mme E est consciente de ses pertes mnésiques et se dévalorise quant à ses possibilités de se rappeler une consigne. La méthode a donc été semi-dirigée : l'art-thérapeute lui propose des feuilles de couleurs que Madame E choisit et des ciseaux. L'art-thérapeute formule une consigne qui engage un savoir-faire implicite : «vous pouvez découper dans la feuille que vous avez choisie ». Mme E s'applique pour découper des bandes de même dimensions mais ne parvient pas à les rendre toutes identiques comme elle le souhaite. Elle est déçue. L'art-thérapeute lui propose de choisir une autre feuille pour poser les bandes dessus et trouver une organisation comme le fait Matisse. Elle choisit du papier noir car selon le choix exprimé par Mme E « ça ressort ». L'art-thérapeute lui montre comment il est possible d'organiser un espace avec les bandes de papier découpées. Elle apprécie mais trouve cela difficile à réaliser. Après reformulation, Mme E range les bandes les unes à côté des autres en les espaçant de façon presque régulière. Elle aime beaucoup. L'art-thérapeute lui propose de recommencer pour favoriser sa recherche. Mme E croise les bandes. Elle commence une nouvelle production.

A partir de la séance 3, la capacité de mettre en forme un espace de façon structurée montre que les fonctions exécutives chez Mme E sont encore opérantes, ce dont elle n'avait pas conscience jusque là. L'auto-évaluation en fin de séance sur la qualité technique lui permet de reconsidérer ses capacités.

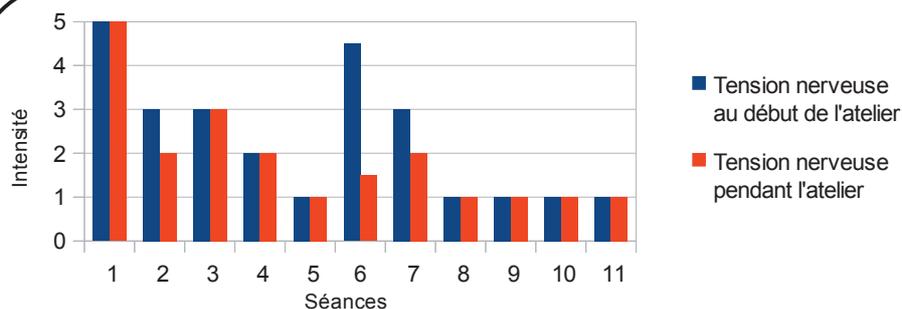
Par contre, Mme E n'a pas de gratifications à dessiner à partir d'un modèle, cela l'entraîne dans une boucle d'inhibition ce qui réduit sa confiance en elle. Mais, l'utilisation de modèles simples et de gabarits la rassure et développe son sentiment de réussite technique.

Au cours des séances, comme le montre le graphique 4, Mme E fait des choix quant aux couleurs, à la disposition des formes qu'elle dispose souvent en symétrie ou à l'identique d'un modèle qu'elle a réalisé lors d'un atelier précédent (phase 1' devenant la phase 1 de l'opération artistique).

La tension esthétique en relation avec les choix, la recherche d'une composition est implicitement en lien avec l'élan corporel (la capacité à se lancer dans l'activité) car Mme E ressent des gratifications sensorielles qui lui donnent l'envie de continuer.

3. L'état émotionnel de Mme E s'est amélioré au cours des séances.

3.1. La tension nerveuse diminue au cours des séances entre le début et la fin d'une séance au cours de la prise en charge



Cotation des items : 1. Calme, peu de mouvement et aucun propos dévalorisants 2. calme et quelques signes de dépression 3. Anxiété modérée avec manifestation d'inquiétude dans les propos 4. Anxiété et propos dépressifs moyens (dévalorisation de ses capacités) 5. Anxiété avec la verbalisation de la peur de rater et propos dépressifs importants avec incapacité d'agir.

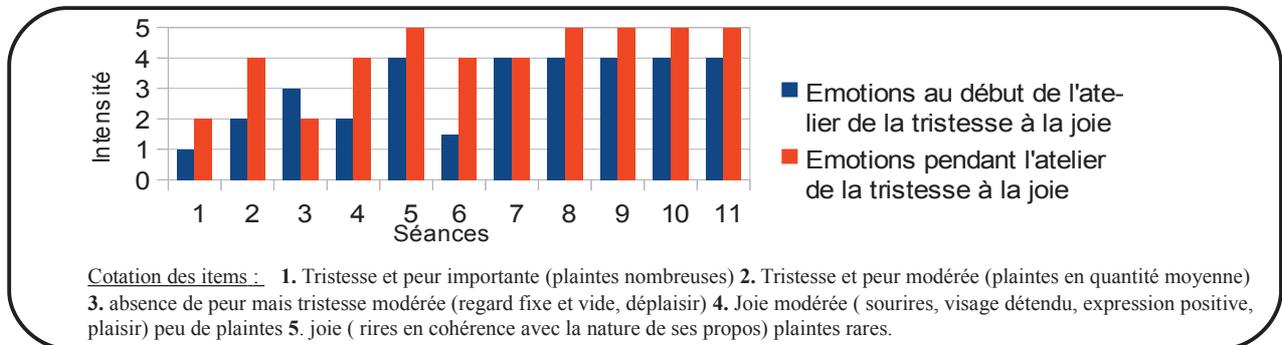
Graphique 5: Mesures de la tension nerveuse en début et en fin d'atelier

Avant d'arriver à l'atelier en séance 1, Mme E était dans la salle commune pour écouter la lecture du journal faite par l'animatrice. Mme E ne comprenait pas le sens des informations communiquées ce qui la rendait très anxieuse. En rentrant dans l'atelier, elle exprima son incapacité à comprendre et se plaint de ses pertes mnésiques et cognitives. L'art-thérapeute note chez Mme E

une tension nerveuse importante avec un état anxieux et des jugements négatifs sur ses savoir-faire.

Au cours des séances, des consignes formulées en peu de mots et des outils simples ont permis à Mme E de se lancer dans l'action sans anxiété. L'attitude apaisée de Mme E dès la séance 5 et surtout de façon stabilisée à partir de la séance 9 a favorisé une qualité de ses capacités esthétiques et de ses gratifications sensorielles.

3.2. La mesure de l'émotion au début et pendant les ateliers montre une stabilisation



Graphique 6: Mesures de l'émotion en début et pendant l'atelier

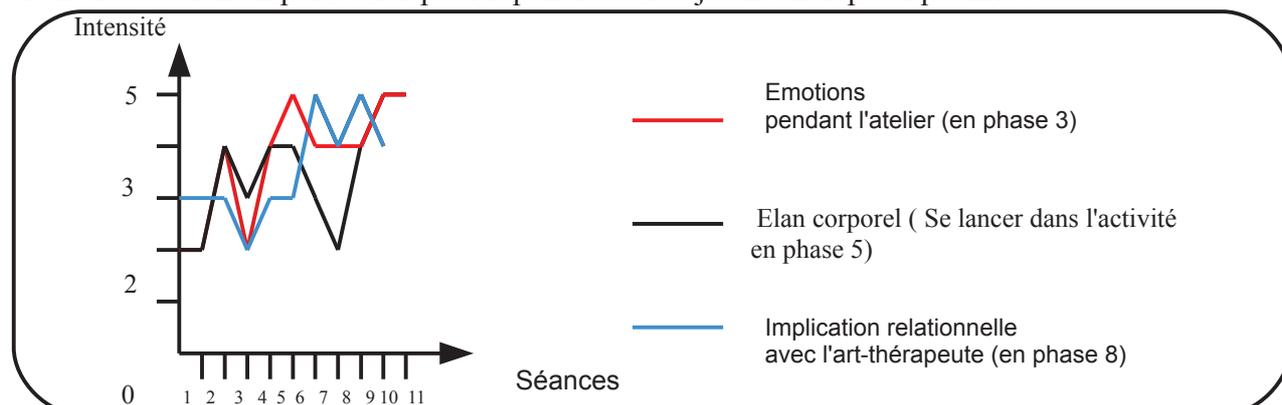
Avec les graphiques 5 et 6, nous observons que la tension nerveuse et les émotions s'apaisent pendant l'atelier par rapport au début de l'atelier, on l'art-thérapeute a observé que Mme E arrive souvent avec un état anxieux et triste.

Madame E retrouve dans l'activité artistique un état émotionnel favorisant son bien-être. Une joie modérée est constante depuis la séance 4 pendant le déroulement des séances.

L'art-thérapeute a noté la corrélation entre l'intensité de l'attention (graphique 2) et les conséquences sur son état émotionnel.

G. La stratégie thérapeutique a été ajustée pendant les prises en charge de Mme E

La corrélation des évaluations sur l'état émotionnel, l'élan corporel et l'implication relationnelle avec l'art-thérapeute a permis d'ajuster la prise en charge de Mme E en étant attentif sur un site d'action en particulier pour répondre aux objectifs thérapeutique fixés.



Graphique 7 : Corrélation des mesures sur les émotions pendant l'atelier, l'élan corporel, l'implication relationnelle avec l'art-thérapeute

L'art-thérapeute avait analysé (p.38) que la saveur existentielle de Mme E, observable avec les items concernant son état émotionnel, est en relation avec l'intensité de son attention dans l'activité mais aussi avec la qualité de sa relation avec l'art-thérapeute (graphique 1, 2 et 6) pendant les premières séances.

Mais d'après le graphique 7, en séance 5, c'est l'élan corporel vers la réalisation artistique qui lui procure des gratifications positives alors qu'en séance 7 c'est plutôt son implication relationnelle qui prend le relais. Ainsi, la prise en charge en art-thérapie a mis en œuvre ces deux axes pendant toutes les séances : l'élan corporel et l'implication relationnelle afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques.

H. Le bilan évaluatif des prises en charge de Mme E en atelier d'art-thérapie est communiqué à l'équipe de soin

1. L'objectif principal et les objectifs intermédiaires ont été atteints

1.1. L'objectif principal était de favoriser la saveur existentielle

En effet, la stimulation sensorielle et cognitive a contribué à favoriser la saveur existentielle de Mme E qui puise son plaisir esthétique dans l'organisation et le choix des formes dans un espace.

L'équilibre qui existe entre le temps et l'espace pendant l'élaboration de sa production, apporte à Mme E une meilleure qualité de vie car le temps présent est vécu de manière engagée et l'espace est géré au travers de l'organisation des formes sur la feuille.

1.2. Les objectifs intermédiaires concernaient la diminution des troubles de l'humeur et le maintien des facultés cognitives

Les objectifs intermédiaires qui concernent la diminution de l'anxiété et des jugements négatifs de Mme E ont aussi été atteints pendant la durée de l'atelier. Durant les séances, la tension nerveuse et les états anxieux de Mme E se sont beaucoup améliorés pour devenir inexistant à partir de la 9^e séance. Mme E se dévalorisait beaucoup moins surtout en fin de prise en charge. Elle appréciait le résultat de sa production et souhaitait, suite à la proposition de l'art-thérapeute, les installer aux murs de sa chambre. Sa fierté la conduisit à offrir un tableau à l'art-thérapeute pour se souvenir d'elle.

Le maintien des facultés cognitives a été mis en œuvre en relation avec le climat de détente de l'atelier et de l'activité artistique, mais nous ne pouvons pas affirmer que l'impact eut été opérant.

Le temps limité des prises en charge (11 séances) ne nous a pas permis de conclure que l'activité artistique a permis de maintenir les facultés mnésiques de Mme E mais qu'elles ont pu contribuer à stimuler certaines capacités physiques et mentales. En effet, Madame E a exprimé des émotions positives, elle a agité dans un but esthétique et implicitement elle y a savouré des gratifications sensorielles . L'implication relationnelle avec l'art-thérapeute a joué un rôle important dans la stabilisation de ses émotions et son engagement dans l'activité.

Au niveau mental, Mme E a ainsi exercé sa faculté critique par son point de vue objectif dans la reconnaissance des formes et des couleurs par ses choix volontaires mais aussi sa faculté de critique par sa subjectivité dans l'appréciation sensible de ses réalisations.

Madame E a eu plaisir à montrer ses productions en les exposant dans sa chambre.

2. Les résultats de la prise en charge de Mme E un mois après les interventions en art-thérapie montrent certaines limites

Le psychologue rapporte que Mme E se souvient de la présence de l'art-thérapeute. Elle se souvient, selon ses mots : « avoir fait quelque chose avec elle et que c'était bien ». Cette observation est bien en accord avec ce que la neurologie nous apprend sur le fait que les patients retiennent plus longtemps les informations émotionnellement chargées que les informations émotionnellement neutres.

Mais, dans la vie quotidienne un mois après la prise en charge en art-thérapie, Mme E se replie sur elle-même et s'isole dans sa chambre régulièrement pour échapper au regard des autres résidents.

Madame T

Madame T a bénéficié de 11 séances d'art-thérapie à dominante peinture

A. La rencontre avec Madame T à son chevet et autour d'un atelier d'animation artistique a permis à l'art-thérapeute de repérer ses capacités et son goût pour l'Art avant de connaître son anamnèse

1. L'atelier d'animation artistique à dominante impression permet à l'art-thérapeute de cibler les besoins et les potentialités de Madame T.

Madame T se rappelle des œillets que l'art-thérapeute lui a peints la veille à son chevet lors de leur première rencontre. A la proposition de l'art thérapeute, elle exprime son souhait de participer à l'atelier d'animation artistique l'après-midi.

Pendant l'atelier artistique en groupe, Madame T ne communique pas avec les autres personnes et n'entre pas en relation avec eux. Elle dira plus tard, ne pas souhaiter faire des activités en groupe tout en souffrant d'isolement et de repli sur soi. Car, même si elle exprime peu d'enthousiasme à partager du temps avec d'autres personnes, elle parle de sa souffrance de se voir vieillir et d'être seule.

Madame T est consciente des difficultés motrices qui ne lui permettent plus de marcher, d'agir sur son environnement de manière autonome. En effet, ses actions volontaires sont limitées. Elle peut encore se brosser les cheveux, se maquiller les lèvres, tenir un miroir pour se regarder. Elle peut boire et manger seule, mais dans la même salle de restauration que les personnes nécessitant une assistance, ce qui renforce son sentiment de dévalorisation.

Cependant, lors de l'atelier artistique, Mme T a mémorisé les consignes données au fur et à mesure de l'activité, elle était impliquée de manière active et a exprimé un plaisir esthétique car ce qui lui a plu, ce sont les couleurs. Les formes abstraites ne lui évoquent rien.

Cette première expérience a permis d'évaluer certains besoins et d'observer un potentiel qui sera utile pour améliorer l'estime de soi et la thymie de Madame T :

Capacités motrices	Capacités cognitives	Sensibilité à l'Art	Etat émotionnel	Besoins
-Faible dextérité -Pas de motricité (jambes) -Tremblement des mains	-Concentration -Implication -Initiative -Expression -Mémoire de travail, épisodique, sémantique, procédurale	-Elle aime les fleurs et la couleur	-Dépressif -Evoque des douleurs de façon récurrente le matin pendant les soins	-Se sentir valoriser dans ses réussites et ses capacités -Avoir le sentiment d'exister et de vivre de manière autonome -Se sentir apprécier comme elle est et être en relation avec les soignants ou la famille

2. L'anamnèse de Mme T décrit une personne maniaque-dépressive souffrant d'accès dépressifs et d'isolement

Madame T est née en 1919. Elle entre en 1997 à l'EHPAD Pierre Martin suite à un séjour au CHS (troubles du comportement). Elle est suivie sous tutelle car elle présente des troubles mnésiques (mémoire ancienne et récente). Les accès maniaco-dépressifs qui caractérisent la pathologie psychiatrique de Madame T la conduisent en 2003 à faire une décompensation psychiatrique. En 2006, son état est stationnaire mais avec une anxiété importante. En 2009, elle vit des délires de persécution avec des hallucinations auditives ce qui la fait souffrir. Une hospitalisation de court séjour en psychiatrie a donc été réalisée. En 2010, son état est stationnaire mais elle souffre d'isolement. En 2013, les troubles psychiatriques de Madame T sont stabilisés par une médication adaptée.

Mme T présente un déficit cognitif dû à son âge qui existe sur un fond de pathologie psychiatrique.

Du point de vue émotionnel, Madame T se sent isolée et souffre de subir les désagréments de la perte de ses capacités physiques et élocutives. Madame T a peu d'enthousiasme et se replie sur elle-même. Elle ne pratique aucune activité de groupe et ne reçoit pas de soin de rééducation.

Vis à vis de l'équipe, Madame T demande beaucoup d'aide le matin à la toilette auprès des aides-soignantes et pendant les soins à son médecin gériatre.

3. La prise d'anxiolytiques entraîne une iatrogénie chez Madame T

Son traitement médicamenteux, l'aidant à stabiliser les accès dépressifs et maniaques entraîne un tremblement des mains. En art-thérapie, nous le considérons comme un phénomène associé perturbant le confort de sa pratique artistique.

B. Le protocole thérapeutique établi pour Mme T s'oriente vers un objectif général autour de la restauration de l'estime de soi

1. Les pénalités existentielles de Mme T ne lui permettent pas d'apprécier positivement ce qu'elle vit

L'art thérapeute a observé que cette personne souffre d'un repli sur soi, d'une perte d'enthousiasme, d'une dévalorisation de soi dus aux jugements négatifs qu'elle a sur la perte progressive de ses capacités et de son autonomie. Il est alors difficile pour elle d'apprécier ce qu'elle fait et ce qu'elle est.

2. L'identification des pénalités et les potentialités de Mme T permet de repérer les sites d'actions sur lesquels l'art-thérapeute peut construire la stratégie thérapeutique

Madame T vit mal le changement de son corps et la perte progressive de ses capacités ce qui génèrent des souffrances psychologiques et un comportement qui augmente le sentiment d'isolement. Le site d'action le plus lésé chez Madame T se trouve en phase 4 de l'opération artistique. Car son auto-dévalorisation l'empêche de se lancer dans des actions gratifiantes et la maintient dans un isolement social. En effet, l'art-thérapeute a remarqué, lors de la première séance groupale en arts plastiques, que Mme T peut faire des choix mais apprécie peu ce qu'elle réalise.

Néanmoins, la sensorialité de cette personne est opérante et son goût pour le beau, notamment pour les fleurs, va permettre à l'art-thérapeute de lui proposer des stimulations adaptées à ses orientations esthétiques. Elle préfère aussi ce qui est de l'ordre des représentations que de l'abstraction.

Madame T utilise son bras droit pour s'alimenter et se maquiller. L'art-thérapeute va utiliser ces facultés motrices restantes pour proposer à Madame T de peindre.

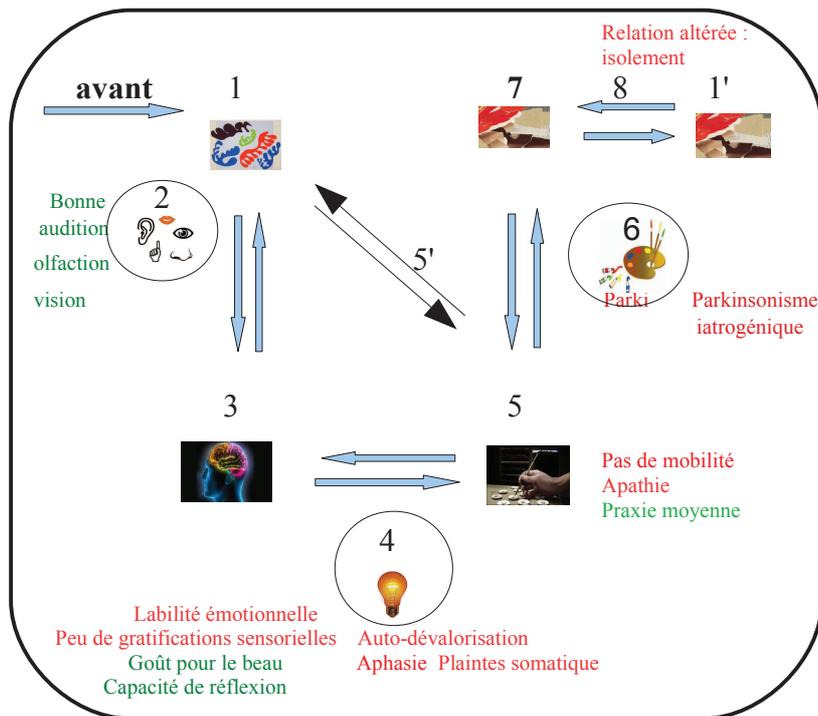


Figure 5: Repérage des sites d'actions et des potentialités de Mme T

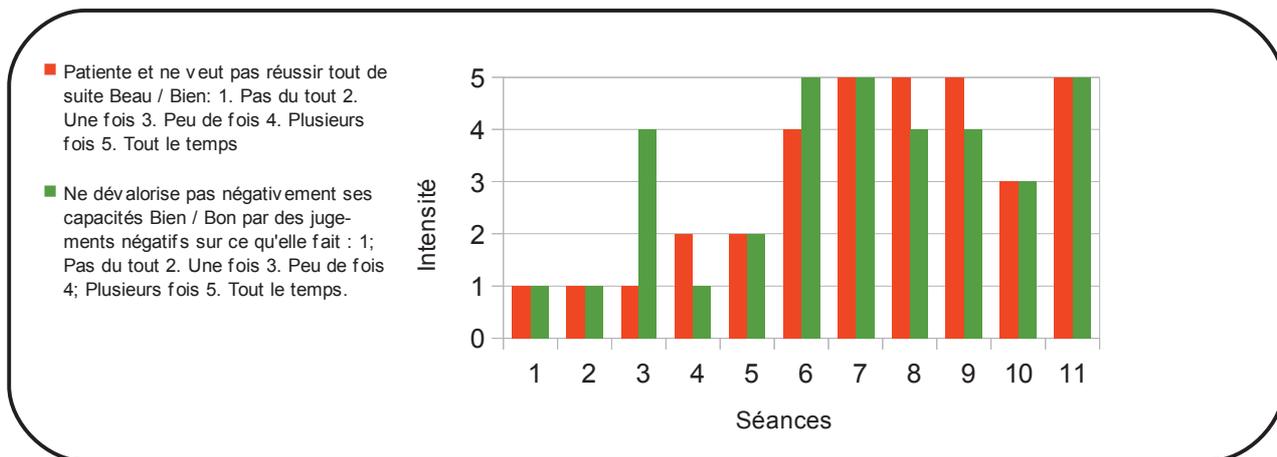
- Sites d'actions sur lesquels l'art-thérapeute agit dans la prise en charge de Mme E
- Potentialités de Mme T sur lesquelles l'art thérapeute s'appuie

Idéalement, l'art-thérapeute a envisagé que la stimulation sensorielle et cognitive de Mme T la conduise à s'engager (phase 5 de l'opération artistique) et à augmenter la valeur qu'elle se donne (en phase 4) dans ses capacités tant intellectuelles que corporelles ce qui favoriserait son enthousiasme (en phase 3) et ses besoins relationnels (en phase 8).

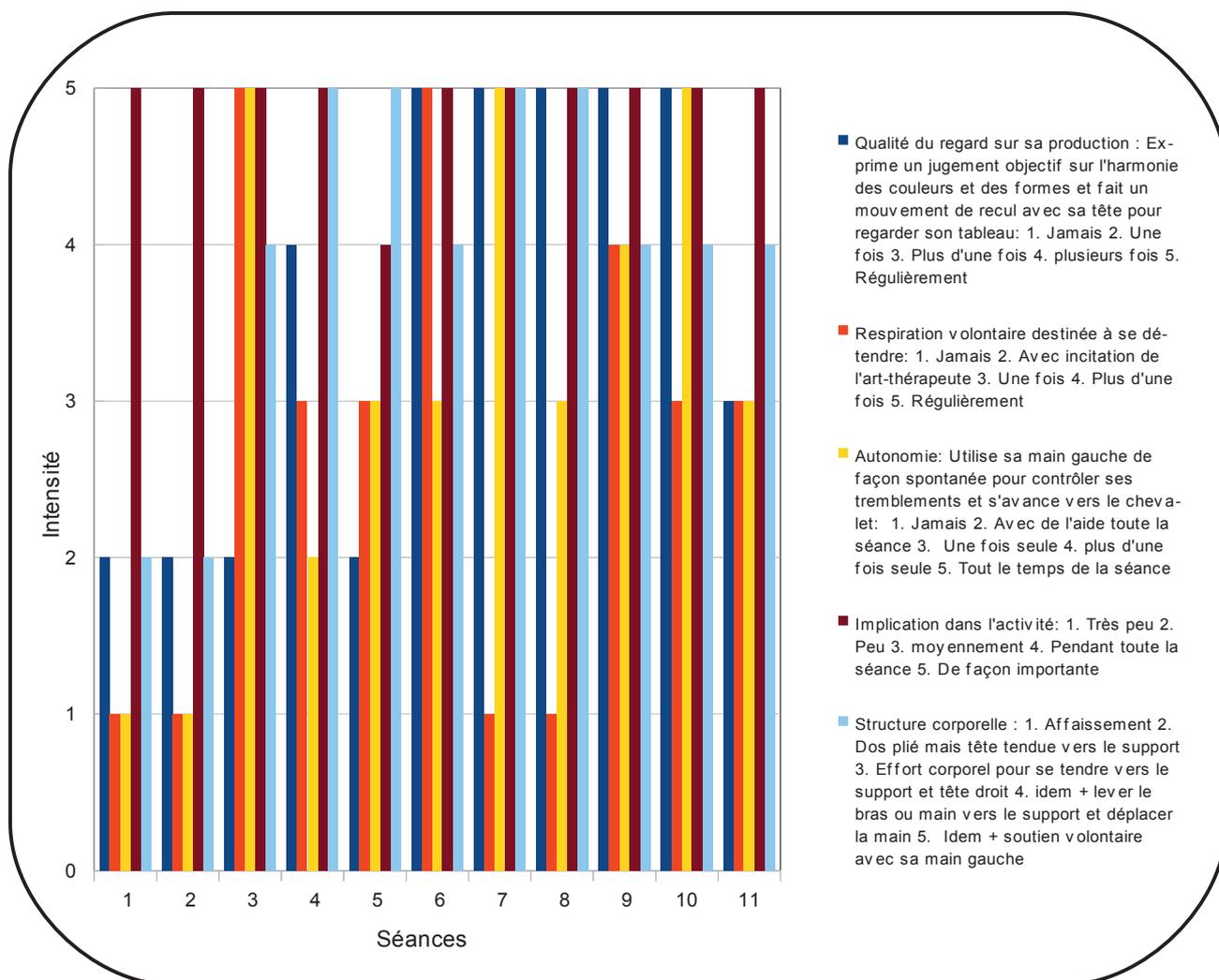
Donc, au niveau physique, la stratégie a été d'impliquer la structure corporelle pour faire évoluer l'estime de soi (en phase 5), le ressenti corporel (en phase 3) et développer de nouvelles compétences (en phase 6) ce qui contribuerait indirectement à favoriser sa confiance en elle et le regard sur sa production artistique (en phase 8).

Au niveau mental, l'art-thérapeute lui a proposé d'accepter les qualités présentes afin de lui permettre de mieux apprécier ses valeurs, de l'aider à dépasser l'idée de plaire uniquement aux autres car cela implique des pénalités au niveau de l'estime de soi et enfin d'augmenter son enthousiasme et diminuer ses troubles dépressifs.

C. L'analyse des graphiques 1 et 2 montre que la peinture lui a permis d'apprécier ses facultés de manière positive



Graphique 8 : Attitudes et jugements valorisants



Graphique 9 : Qualités et attitudes favorisant son estime de soi

Au cours des prises en charge, Mme T est devenu patiente quand elle ne parvenait pas tout de suite à réussir à peindre. Elle savait peu à peu faire confiance dans sa capacité à rattraper ses erreurs, reprendre quelques touches de peinture. Le tremblement de ses mains a été une contrainte à prendre en compte car il ne facilite pas ses gratifications. Il est devenu une cible thérapeutique qui a

permis de dépasser ce phénomène associé.

L'art-thérapeute l'a encouragée à relativiser et à faire confiance dans le potentiel inhérent à la peinture : la surprise qu'elle procure, les effets de couleurs au fil des séances.

Donc finalement, Mme T avait peu de propos dévalorisants sur ses capacités car la captation visuelle des fleurs devant elle et les tableaux qu'elle a réussi à peindre l'encouragent à continuer.

Après les séances d'art-thérapie, Mme T est identifiée par l'équipe comme la personne qui peint. Ses tableaux sont accrochés dans sa chambre pour les montrer à sa famille. Elle est très fière d'elle.

Globalement, le résultat des évaluations sur les observations autour des qualités et attitudes favorisant son estime de soi est positif.

L'art-thérapeute a su rendre l'activité artistique attractive pour que Mme T s'implique de façon importante pendant toute la prise en charge. Cette implication a induit un engagement corporel important au niveau de l'élan et de la structure corporelle qui ont favorisé une estime de soi. En effet, Mme T se juge très peu négativement à partir de la séance 6 quant à ses capacités techniques et aspire à réaliser du beau pour elle-même.

Pour améliorer sa technique et malgré le tremblement de ses mains, dus aux effets secondaires des psychotropes, Mme T a pris du recul pour comparer les formes, orienter son geste différemment, trouver une couleur qui s'harmonise avec l'ensemble.

Peu à peu, Mme T n'a plus eu besoin de l'aide de l'art-thérapeute pour soutenir sa main et se prête au jeu du hasard des formes en prenant le risque d'être déçue et soutient elle-même sa main avec l'autre main.

D. L'atelier art-thérapeutique à dominante peinture a eu des effets spécifiques sur les mécanismes psychologiques, cognitifs et physiologiques de Mme T

<u>Phases de l'opération artistique et sites d'action</u>	<u>Dominante et mise en oeuvre</u>	<u>Effets spécifiques sur les mécanismes psychologiques et physiologiques</u>	<u>Théorie des 3 B*</u>	<u>Impact des séances d'art-thérapie à dominante peinture sur la saveur existentielle de Mme T</u>
3 : Ressenti corporel (traitement archaïque)	Traces et taches en aquarelle.	Gratification sensorielle, esthésie.	Bon	<u>Bien-être</u> / Baisse et absence de plaintes somatiques / Thymie joyeuse.
5: Elan corporel	Chevalet à la vertical à sa hauteur pour lui permettre de lever le bras comme observé pendant la prise des repas.	Envie de tracer et de peindre et de recommencer. Estime de soi.	Bon / Beau	<u>Engagement</u> du corps moteur/ Implication dans l'activité
6: Savoir-faire Structure corporelle	Techniques de la peinture à l'huile et de l'aquarelle.	Nouvelles compétences. Confiance en soi	Bien	<u>Style</u> :Déplacement de la main, favorise une meilleure dextérité, valorise une confiance dans ses capacités motrices et intellectuelles
8: Traitement mondain	Valorisation de sa production artistique par l'auto-évaluation et l'exposition.	Regard positif sur soi-même et par les autres. Affirmation de soi	Beau	<u>Goût</u> : Affirmation de ses choix. Favorise des relations positives et une envie de communiquer.

Tableau 3 : Tableau des effets spécifiques de l'atelier d'art-thérapie sur Mme T

E. Le bilan de la prise en charge de Mme T est communiqué à l'équipe de soins

1. Mme T a retrouvé une bonne estime de soi

Madame T a manifesté beaucoup d'investissement pendant toutes les séances. Les effets sur son estime de soi ont été bénéfiques pour améliorer sa qualité de vie dans l'institution. Ces ateliers lui ont fait sentir d'où elle pouvait tirer une gratification existentielle et comment elle peut mettre en place des stratégies pour y parvenir. Son regard sur elle-même s'est amélioré.

1.1. L'effort d'idéalisation a été préservé tout au long de la prise en charge

L'objectif intermédiaire des premières séances, qui était de préserver l'effort d'idéalisation par le plaisir esthétique, a été atteint. Mme T puise son énergie de la captation visuelle et olfactive des fleurs.

1.2. Les capacités cognitives ont été sollicitées

Les émotions positives qu'elle a ressenties ont eu une influence sur ses capacités cognitives à savoir sa capacité d'attention et de mémorisation ce qui a eu une influence sur son estime de soi et sa capacité à élaborer du beau.

2. La qualité existentielle de Madame T a évolué au cours de la prise en charge

	Evaluation	Evolution (oui/ non)	Commentaires
Douleurs physiques	- Diminution de ses plaintes pendant les soins du matin. - Absence de douleurs pendant les ateliers.	oui	-La peinture soulage ses douleurs par la sécrétion d'endorphines.
Expression des émotions / thymie	- Pendant l'auto-évaluation, Mme T a exprimé ses émotions et montre de la satisfaction (sourires) pendant les séances.	non	- Mme T n'est pas spontanée dans la verbalisation de ses ressentis.
Expression artistique	- Exprime ses choix, ses préférences et recherche des formes.	oui	- Mme T affirme son goût, sait ce qu'elle aime et veut bien faire.
Tenue corporelle (structure)	- S'est avancée vers le chevalet, a redressé son buste et sa tête (de façon légère).	oui	- La posture corporelle de Mme T montre une grande implication et renforce ses gratifications sensorielles.
Plaisir sensoriel	- Tire son plaisir des gratifications visuelles et affirme son goût pour certaines couleurs.	oui	- Le plaisir esthétique est recherché par Mme T qui prend soin d'elle avant de venir à l'atelier. Elle retrouve ce plaisir dans la peinture.
Patience	- Ne veut pas réussir tout de suite mais exprime sa peur de rater.	oui	- Mme T a appris à se faire confiance et à être patiente par rapport au résultat attendu.
Qualité relationnelle	- De la cordialité à la sympathie.	oui	- L'implication relationnelle a favorisé le plaisir relationnel de Mme T qui y trouve une sociabilité au travers de la pratique artistique.
Autonomie (motricité)	- Consciente du besoin d'être à son rythme/ - Utilise sa main gauche pour diminuer les tremblements de sa main droite et pour régler la position du pinceau.	oui	- Mme T prend soin d'elle pour tendre vers son idéal esthétique.
Autonomie (esprit)	- Consciente de ses forces et faiblesses et compte sur ses ressources pour améliorer sa qualité de vie (dans l'atelier).	oui	- Madame T a compris l'importance d'exercer sa faculté critique.
Valorisation de soi	- Autosatisfaction / Prise de recul.	oui	- L'estime de soi de Mme T a été favorisée.

Tableau 4: Tableau récapitulatif de l'évolution de la qualité de vie de Mme T

3° PARTIE DISCUSSION : L'ESTHÉSIE PEUT AMENER LES PERSONNES AGÉES SOUFFRANT DE DÉFICITS COGNITIFS IMPORTANTS A LOURDS A RÉVÉLER DES CONNAISSANCES

L'art thérapeute a pu observer pendant la prise en charge d'une personne atteinte d'une démence avancée qu'elle oscillait entre un état de présence par son implication et sa spontanéité à un état d'absence. L'art-thérapeute dessinait devant elle car les capacités motrices et la dextérité fine de cette personne ne semblaient pas permettre une appréhension d'un pinceau et la réalisation d'une peinture. Mais à la séance 3, la patiente saisit le pinceau de l'art-thérapeute qu'elle tenait proche des siennes et se mit à tracer des traits de manière archaïque. Dans la même séance, son regard s'échappait sur le bord de la feuille puis l'extérieur du cadre pour s'accrocher à un détail, par exemple une plante à l'extérieur. Le probable trouble agnosique de cette personne l'empêche d'identifier les contours de la feuille et elle ne délimite pas l'espace de travail – sa feuille- le regard ne discrimine pas le fond - l'environnement visuel. Pour lui permettre de continuer à peindre et la ramener à l'instant présent, l'art-thérapeute lui parle de la peinture qu'elle venait de réaliser et de ses possibilités de faire un autre trait mais sans réponse de la part de la patiente. Son visage sans émotion ne peut traduire son sentiment ou sa pensée. Les séances se déroulaient ainsi ponctuées de temps d'actions et d'inactions, de présence et d'absence. Cependant, à l'auto-évaluation et parfois pendant la séance et de manière spontanée, cette personne que l'on peut appeler Mme F exprimait verbalement son plaisir esthétique en affirmant que c'était beau. La beauté la rend très sensible et elle peut la communiquer.

Ainsi, cette personne peut vivre des états de présences actives malgré l'impossibilité de montrer ses émotions sur son visage. Cependant, l'art-thérapeute a observé une baisse de la tension du corps, une respiration plus calme lors des séances ce qui permet à l'art-thérapeute de faire l'hypothèse que Mme F éprouve bien des émotions pendant ses états de présence même si sa catatonie⁶⁹ nous montrerait une insensibilité au monde extérieur. Mme F a aussi exprimé un attachement affectif pour l'art-thérapeute.

Avec Mme E, nous avons vu dans la partie II du mémoire, que les séances, gratifiants son ressenti corporel, lui ont apporté un regain d'intérêt pour ce qu'elle fait, des souvenirs liés à l'émotion ressentie pendant les séances.

L'expérience de ses ateliers a montré que les ressentis perçus de manière agréable, pendant les séances d'art-thérapie, conduisent les personnes âgées souffrant de pertes cognitives dues à une démence dégénérative à un stade moyen ou avancé à se sentir exister. Elle montre aussi que ces personnes peuvent révéler certaines capacités pouvant contribuer à changer notre regard sur elles et à exister pour elle-même et par elle-même. Cette réflexion est le sujet de notre discussion.

I. Une personne, présentant une démence dégénérative moyenne à avancée peut révéler certaines connaissances en atelier d'art-thérapie

A. Certaines connaissances font appel à la mémoire inconsciente

Concernant les connaissances en lien avec la mémoire procédurale, les personnes n'ont pas

⁶⁹ Attitude psychomotrice constituée essentiellement par une inertie in Garnier Delamare, *Dictionnaire abrégé des termes de médecine*. 5° éd. Paris: Editions Maloine, 2007).

besoin de réfléchir, de mémoriser ou d'allouer beaucoup de ressources attentionnelles à la réalisation d'une tâche. Chez les personnes amnésiques, ce qui est le cas des personnes présentant des démences dégénératives, elles peuvent agir de manière automatisée en relation avec des mots ou des images vues.⁷⁰

Les habiletés motrices auprès de ces personnes peuvent être réamorçées de façon induite lors d'une réalisation artistique. Les habiletés qui cessent de répondre à la commande volontaire consciente peuvent réapparaître spontanément par induction, sans que cela soit prévisible.⁷¹

Avec cette mémoire implicite, les apprentissages inconscients sont non intentionnels. Bien que les évaluations neuropsychologiques n'explorent pas souvent les capacités de la mémoire implicite, des capacités d'apprentissage ont été démontrées témoignant que ce système mnésique résiste plus longtemps que le système explicite, à la maladie d'Alzheimer ou apparentée.⁷²

B. Les ressentis et les impressions de types émotionnels vécus en atelier d'art thérapie engendrent une conscience de soi

1. La connaissance de soi concerne le savoir être

L'être humain est un être vivant mais ce qui le différencie des autres êtres vivants sur terre, c'est sa capacité à se savoir-être et d'être une personne et non un individu soumis sans projet.⁷³

Le savoir en Art se décline en trois types de connaissances :

- le savoir-ressentir
- le savoir-faire
- le savoir-être

Le savoir-ressentir est souvent lié au plaisir gestuel procuré par l'activité artistique, il s'agit de la sensation pure de l'instant qui donne une gratification immédiate. Il est associé à l'envie de produire une peinture et à l'énergie que la personne engage dans l'activité. Ainsi, il y a un mouvement réciproque entre l'impression ressentie et l'implication exprimée corporellement par la personne. Une cohérence s'installe peu à peu entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce qui est senti et ce qui est exprimé. Le fond (la personnalité) s'harmonise avec la forme (l'engagement et la technique qui est mise en œuvre) dans une tension vers un accord parfait.⁷⁴

Quand l'envie de réaliser du beau / du bien/ du bon existe, ce processus contribue à la conscience d'être de manière implicite puis consciente grâce aux sollicitations verbales et non-verbales de l'art-thérapeute qui sont autant de rappels à la conscience du patient.

2. Les connaissances affectives sont en lien avec les perceptions sensorielles

Une connaissance naît quand une information du monde extérieur est intégrée dans notre monde intérieur.⁷⁵ Nos sens nous transmettent tout d'abord des sensations puis des ressentis (des émotions) essentiels pour notre connaissance qui est relative à notre capacité de perception.

Les ressentis sont préservés même dans les démences dégénératives avancées car l'amygdale fonctionne et permet de donner une teinte émotionnelle à des événements vécus. Elle est connectée à l'hypothalamus et au système de la mémoire implicite.⁷⁶

70 Kolb Bryan et Wishaw Ian. *Cerveau et comportement*. Paris; Bruxelles: Editions De Boeck, 2002, p.496

71 Ploton Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. 2^e édition, Lyon: Editions Chronique Sociale, 2011, p.28.

72 Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.118.

73 Albert Jacquart. *Comportement Humain*, permalien : <http://dai.ly/xd3ydw>

74 Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p.145.

75 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.119.

76 Kolb Bryan et Wishaw Ian. *Cerveau et comportement*. Paris; Bruxelles: Editions De Boeck, 2002, p. 510.

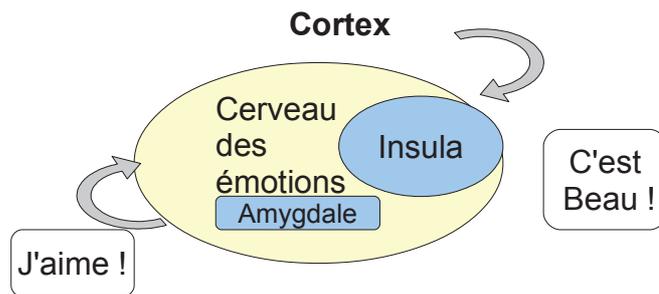


Schéma 1 : Circuits neuronaux du jugement esthétique et de l'émotion esthétique.⁷⁷

Devant des œuvres jugées belles par une personne, l'amygdale s'active. L'insula intervient lors de la perception de l'harmonie dans une œuvre. Par exemple, une personne comme Madame E, avec une atteinte moyenne de ses facultés cognitives, a créé une organisation symétrique et équilibrée de formes collées. Cela nécessite des facultés mentales qui font appel à des émotions esthétiques ancrées dans une mémoire à long terme. Il a été observé que l'insula, impliquée dans l'« empathie », ce que nous nommons sympathie* en art-thérapie, s'active devant des compositions dont les proportions sont harmonieuses.⁷⁸

Le plaisir sensoriel et les ressentis perçus de manière répétée pendant les ateliers, ainsi que l'habitude d'apprécier l'esthétique des tableaux accrochés dans la chambre, conduit la personne à se rappeler de la qualité du moment vécu en atelier avec l'art-thérapeute en particulier. Cette situation a été le cas de Mme E. Elle a exprimé des sentiments qui témoignent de l'engrammage de certaines connaissances émotionnelles. Les connaissances affectives de la personne sont encore très actives et bien nouvelles pour elle qui les ressent et peut s'en souvenir. Même si la sensation de bonheur est diffuse et sans objet précis, elle est bien présente dans sa mémoire émotionnelle.

Ainsi, sans être dans la volonté, la personne perçoit, développe ses ressentis et sa faculté d'apprécier de manière subjective et comparative ce qui l'entoure en fonction de sa personnalité. Ce goût pour les choses implique une affirmation de sa conscience d'être.

2.1. La conscience et l'émotion ne sont pas séparables

En règle générale, lorsque la conscience est détériorée, l'émotion l'est aussi.⁷⁹ Cette conception de la conscience ouvre sur un champ de connaissance de la personne de manière plus élargie. Alors, la conscience de soi serait aussi celle de la vie émotionnelle.

Nous savons que le plaisir esthétique peut rappeler des souvenirs vécus et enregistrés dans la mémoire affective. Il serait alors vecteur d'une conscience de soi.

2.2. L'attention dirigée module les sensations

L'attention dirigée (capacité de concentration) permet d'ajuster les sensations car ce sont les ondes alpha qui les modulent : *"Le thalamus relaie les entrées sensibles en provenance du corps et les envoie au cortex somato-sensoriel où naissent les sensations"*, Catherine Kerr, chercheuse à l'université Brown (Providence, Etats-Unis). La chercheuse explique que lorsque nous nous concentrons sur la main, le rythme alpha s'apaise dans la région de ce membre au sein du cortex

⁷⁷ Lemarquis Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: Editions Odile Jacob, 2012, p. 82.

⁷⁸ Lemarquis Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: Editions Odile Jacob, 2012, p.81.

⁷⁹ Damasio Antonio R. *Le sentiment même de soi: corps, émotions, conscience*. Paris: Editions Odile Jacob, 1999,p.25.

somato-sensoriel.⁸⁰Nous sommes plus sensibles aux sensations lorsque nous dirigeons notre attention. Nous pouvons en déduire que la pratique artistique permet à cette capacité attentionnelle d'être stimulée et mobilisée.

3. La capacité d'affirmer ses choix est une compétence cognitive et révèle un savoir-être

Cette capacité à faire des choix montre que la personne est bien consciente de ce qui lui convient comme information venant de l'extérieur. Elle peut la retenir ou la rejeter comme une information non conforme à son goût. C'est à dire qu'elle la reconnaît comme appréciable pour son bien-être.

C. La connaissance d'un événement peut être rattachée aux représentés en lien avec les productions artistiques

Les œuvres d'art figuratives, tels le dessin et la peinture, sollicitent la mémoire autobiographique. L'émotion ravivée pendant la phase de captation renforce ce retour de souvenirs des événements vécus. Des images surgissent à nouveau alors de la mémoire. La personne âgée peut alors retrouver des connaissances anciennes (ses souvenirs). Les ressentis (la saveur*) et les représentés (savoir) sont ainsi en interrelation.

D. Les personnes présentant des troubles cognitifs très importants ou lourds nous apprennent en tant que thérapeutes à centrer notre attention sur une relation de sympathie

Les personnes lourdement pénalisées par des déficits cognitifs nous impliquent dans une relation basée sur un accord avec leur sensibilité. Le non verbal est prédominant et cela renouvelle nos pratiques de « prendre soin de l'autre ». La stratégie mise en place pour améliorer la qualité de vie de ces personnes n'émane pas seulement d'une technicité (bien), mais aussi de la qualité esthétique (le beau pour la personne), la qualité du ressenti de la personne (le bon) et la qualité du moment* (un bon moment).

Le patient n'est pas uniquement valorisé sur ces compétences techniques (connaissances factuelles) mais sur ses compétences affectives et relationnelles, ce qui conduit aussi l'art-thérapeute à apprendre de la personne ces modes de communication spécifiques car c'est le langage que la personne comprend le mieux. Ainsi, l'art-thérapeute se met à l'écoute des possibilités de communication de la personne en apprenant à adapter ses propositions artistiques de manière très attentive aux changements perçus. L'art-thérapeute se met à l'écoute de la personne des connaissances non verbales et hors-verbales qu'elle met en œuvre pour communiquer et entrer en relation de manière sympathique.

Devant le constat parfois d'incapacité de l'art-thérapeute de proposer des stimulations adaptées, il s'interroge sur le « comment être » en se mettant à l'écoute des connaissances que propose le patient pour aller au-delà des limites perçues.

II. Plusieurs paramètres favoriseraient ce passage de la sensation à la connaissance de soi chez les personnes présentant des maladies neurodégénératives d'un stade moyen à évolué

80 Equipe d'Atlanta, du Dr Jon Kabat-Zinn: travaux de l'influence d'un état d'attention intense sur le fonctionnement du cerveau et la réduction du stress.

A. La prise de connaissance de soi, d'un événement et des affects nécessite des aménagements qui optimisent la qualité du moment

1. Un lieu dédié uniquement pour les ateliers d'art-thérapie pourrait être ainsi personnalisé pour chaque personne

Un espace dédié à l'art-thérapie pourrait être adapté de manière ergonomique à chaque personne en fonction de ses possibilités et limitations motrices, d'un confort d'assise afin de lui faciliter l'accès au support plan devant elle pour peindre ou effectuer des collages.

La décoration pourrait aussi faire partie des priorités d'un atelier d'art-thérapie qui a vocation d'éveiller les impressions en déclenchant le principe esthétique⁸¹. Les sens sont sollicités en priorité dans les séances d'art-thérapie selon les goûts de la personne, aussi une décoration stimulant la captation sensorielle de la personne augmenterait les possibilités de lui procurer du bien-être et de l'inciter à s'exprimer dans une visée esthétique.

L'espace dans lequel la personne est accueillie serait unique afin qu'elle puisse l'investir de sa sensibilité, de ses goûts, de son sens esthétique, de son histoire, enfin de son identité personnelle.⁸²

La permanence d'un lieu et d'un temps, des ateliers en individuel selon les stratégies, une ambiance calme et éclairée, une présence de l'art-thérapeute douce et bienveillante qui sait se tenir à distance et à proximité du patient (absent et présent), permet au patient de prendre des initiatives.

2. Le temps de prise de connaissance se réalise sur un instant très court

Les déficits neurologiques ne permettent pas à une personne atteinte d'une maladie dégénérative de type Alzheimer à un stade moyen ou sévère de se rappeler d'événements vécus récemment. Mais, les connaissances ravivées concernent son affectivité, des souvenirs anciens, ce qui lui plaît et ce qu'elle réalise sur l'instant.

Les sensations du présent ramènent à des sensations passées et procurent une projection sur des sensations futures. C'est à dire que la vue de l'œuvre en train de se réaliser fait émerger des émotions esthétiques fortes qui engagent le corps et l'esprit dans la tension vers l'esthétique. Ces connaissances sensorielles et affectives se déroulent pendant la réalisation et tout juste après le geste. Dans l'action, une autorégulation entre l'instinct et la raison s'effectue. Elle coordonne les gestes vers un but, engage l'énergie nécessaire pour réaliser un objectif et une œuvre personnelle.

La conscience de ce qui vit en soi existe pendant l'expérience artistique et pendant la verbalisation au cours de la séance et en fin de séance. Elle est d'autant plus présente quand l'art-thérapeute fait des rappels réguliers sur la réalité des œuvres que la personne vient de réaliser.

B. L'auto-évaluation est un moyen qui permet aux patients de prendre conscience de leurs ressentis, de leurs perceptions, de la qualité technique de leur tableau, de leurs capacités et de leurs valeurs personnelles

1. Les connaissances s'engramment plus facilement en verbalisant les ressentis, les perceptions, les représentés

Si l'aphasie isole la personne et la prive de la fonction cathartique de la parole en mettant des mots sur les émotions, l'inverse permet à une personne ayant encore quelques mots d'exprimer si ce

81 Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004, p.143.

82 Forestier Richard et coll. *Profession art-thérapeute*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2010, p. 81.

qu'elle a réalisé est beau, bien fait et si le moment passé dans l'activité est bon et propice à la détente. Car la parole peut avoir une fonction anti-stress.⁸³

L'auto-évaluation du ressenti (le bon), de la qualité technique (le bien) et du goût pour l'activité (le beau) et de la réalisation faite par la personne elle-même, met en avant et en conscience ses capacités à être, à faire, à reconnaître une qualité esthétique et une considération d'elle-même. Dans son évaluation du « bien », la personne se sent capable d'agir de manière autonome en faisant ses propres choix. C'est ce qui renforce la confiance en soi. Tout comme l'évaluation du « beau » renforce la connaissance de son propre goût. Ainsi, l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi sont verbalisées ce qui peut après chaque séance permettre de s'intégrer petit à petit dans la mémoire émotionnelle.

Un lien de sympathie s'actualise ainsi entre la réalisation artistique produite par la personne et elle-même. Cette relation entre l'œuvre et la personne révèle la qualité du moment passé avec sa production.

2. Mais une auto-évaluation peut être vécue comme un jugement sur soi de manière négative qui peut être en contradiction avec les observations réalisées par l'art-thérapeute

Un regard évaluateur sur soi-même en présence d'un tiers, comme l'art-thérapeute, peut être ressenti comme une validation positive ou négative de ce qui a été réalisé autant concernant ses propres qualités personnelles que techniques. Ce sentiment d'être juge et jugé par quelqu'un peut conduire à des évaluations erronées, en contradiction avec les observations faites par l'art-thérapeute lors de la séance. Afin de rétablir une bonne faculté critique* et de critique*, l'art-thérapeute amène progressivement et explique l'intérêt de ce moment de l'auto-évaluation. La discrimination sera d'autant plus constructive que la personne se sentira en sécurité. L'art-thérapeute se doit d'installer un climat de sécurité au fil de ses séances.

3. L'auto-évaluation est difficile à envisager en fin de chaque séance car elle peut contredire les bénéfices ressentis pendant la séance

Une auto-évaluation en fin de séance peut aussi induire une incapacité à se dire, à se regarder, ce qui peut altérer les bénéfices vécus pendant la séance de manière non réflexive. A ce moment là, l'art-thérapeute note ce qu'il a observé, cela devient plus une information sur le vécu de la séance qu'une évaluation car il manque le point de vue de la personne.

4. La complexité du cube harmonique nécessite des simplifications

Afin de faciliter l'usage du cube harmonique⁸⁴, une simplification de l'outil peut être réalisée par une évocation verbale de la personne face à son tableau pendant la clôture de la séance. L'art-thérapeute se contente de l'énonciation brève émise par la personne en complétant avec les observations qu'il a faite lors de la séance et en fin de séance.

C. La collaboration de l'équipe de soins médicaux et paramédicaux permettrait de prolonger les bienfaits ressentis et les connaissances perçues dans l'atelier

1. L'équipe de soins a un rôle important sur le vécu de la maladie par la personne

83 Ploton Louis, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. 2^e édition, Lyon: Editions Chronique Sociale, 2011, p.28.

84 C'est un outil d'auto-évaluation conçu en art thérapie par Richard Forestier. Il sert de processeur ou de bilan en séance d'art-thérapie. (Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Lausanne : 5^e Edition Favre, 2007, p. 202). Il permet d'évaluer les capacités auto-évaluatives du patient. (Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011, p.145).

Les soignant travaillant à plein temps dans le même service, connaissent très bien les besoins des personnes prises en charge. Ils sont des piliers de la prise en charge sur lesquels l'art-thérapeute peut s'appuyer pour établir l'état de base des personnes.

Au contraire, les personnes employées sur des postes en rotation, à temps partiel sont moins fatiguées mais s'investissent moins auprès des patients. De façon générale, elles sont néanmoins plus optimistes lors de situations difficiles à gérer.⁸⁵

2. Un questionnaire de recueil d'information a permis de sensibiliser les soignants de l'EHPAD aux effets de l'art-thérapie

L'observation par l'équipe soignante des effets visibles des ateliers d'art-thérapie auprès des personnes prises en charge peut offrir à la fois une validation et une sensibilisation de l'intérêt de cette pratique. Les bienfaits communiqués par l'art-thérapeute à l'équipe pourraient être prolongés par des attentions spécifiques apportées à chaque personne. Mais dans le cas d'un désinvestissement de l'équipe de soins, le prolongement des bienfaits ne peut malheureusement pas se poursuivre.

En effet, un questionnaire sur les effets de l'art-thérapie a été mis à la disposition de l'équipe. Mais il n'a pas été rempli par un nombre suffisant de soignants.

3. La peinture et les collages réalisés par les patients permettent à l'équipe de valoriser leur savoir-faire et leur style de façon différée

Outre les changements minimes du comportement des patients, l'exposition de leurs réalisations plastiques dans leur chambre ou ailleurs dans l'institution, a contribué à valoriser leurs savoir-faire par l'équipe de soin qui peut, dans la durée, identifier les patients par leur compétences (savoir-faire technique, capacité de choisir, de s'impliquer dans une activité) et non plus par leur pathologie.

Ce regard contribue de manière importante à restaurer l'humanité des personnes soignées et indirectement cela fait du bien au personnel soignant.

Si le personnel participe au rappel de souvenirs vécus en atelier d'art thérapie exprimés par le patient, le lieu (connaissance des faits), le moment (connaissance des faits), la relation (connaissance des ressentis), la manière (connaissance des faits, connaissance de soi: empreinte personnelle), la production (connaissance des faits), ce qu'elle a aimé (connaissance de soi: perception), les ressentis vécus et les connaissances perçues dans l'atelier se prolongeraient plus facilement entre chaque séances d'art-thérapie.

III. La mise en place d'un programme de soins en art-thérapie sur du long terme apporterait un nouveau regard pour l'équipe, les familles et la société

A. Le personnel orienterait ses actions au niveau du soin du corps et de l'esprit

En se demandant dans quelle intention une action de soins est réalisée, la prise en compte des ressentis de la personne par les soignants s'intégrerait dans les habitudes professionnelles. Par exemple en se posant la question : pourquoi cette personne est couchée systématiquement à 17h alors qu'elle souhaite rester assise plus longtemps, entraîne une considération des besoins et de la parole de la personne ce qui a un retentissement sur sa qualité de vie.

⁸⁵ Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.29.

La prise en compte des ressources, des potentiels d'une personne par le personnel soignant redonnerait de la valeur et de la joie à la fois à la personne prise en charge mais aussi au soignant qui verbaliserait une opinion positive. Car en effet, l'art-thérapie met l'accent sur les réussites personnelles au niveau de l'estime de soi, de l'affirmation et de la confiance en soi, cela a un effet d'entraînement et de renforcement, qui stimule le goût de vivre.

Aussi, le personnel soignant pourrait stimuler les sens et les facultés cognitives des patients en nommant de manière objective les éléments formels d'un tableau exposé dans une chambre d'un patient. L'observation des formes du tableau peut ainsi mettre en relation le soignant et la personne et les unir autour de cet objet appartenant au monde de l'Art et aux connaissances que l'on met en commun. Ainsi, le temps ordinaire de la vie dans le service pourrait être en lien avec le temps extraordinaire de la vie dans l'atelier. Une continuité des états thymiques et de la qualité d'implication relationnelle induits dans les séances d'art-thérapie serait possible.

B. Une réorganisation du temps et de la charge de travail des soignants leur permettrait d'intégrer dans leurs compétences un suivi des patients plus personnalisé en relation avec leur vécu en atelier d'art-thérapie.

Aucun comportement humain ne suscite autant de jugements et de réflexions de toutes sortes que celui des personnes atteintes de démence et de troubles psychiatriques. On voit souvent des points de vue concurrents sur le comportement d'un patient, par exemple un jugement purement « médical » (« ce résidant est encore bien perdu », une hypothèse psychologique (« ce résidant doit être sujet à quelque angoisse »), une explication portant sur l'influence de l'environnement ou des relations (« ce résidant ne frappe que la soignante X.Y. ») ou sur de possibles causes biographiques (« ce résidant était évidemment enfant unique »). De telles discussions peuvent aboutir à diviser profondément une équipe soignante, et des rivalités risquent de se superposer à la discussion du problème.⁸⁶

En prenant le temps d'observer les réponses que nous fournissent de façon verbale ou non verbale les personnes prises en charge et notamment lors des suivis en atelier d'art-thérapie, l'adaptation des stratégies thérapeutiques de manière générale pourrait devenir beaucoup plus personnalisées. Un lien pourrait ainsi s'établir entre les effets de l'art-thérapie sur le vécu des personnes et les prises en charge au quotidien par le personnel soignant.

De plus, une prise de conscience des différents fonctionnements des personnes prises en charge et du personnel serait à montrer par l'art-thérapeute. En effet, la notion de temps est à ajuster sur celle des personnes âgées avec démence qui vivent dans l'instant présent. Malheureusement, le personnel comme tout adulte pris dans le rythme effréné de la vie et de la charge de travail, se projette dans une vision à très court terme et ne peut pas s'arrêter pour s'aligner au rythme du temps de la personne âgée ayant des troubles de la mémoire.

C. Les actions art-thérapeutiques peuvent avoir une incidence sur le regard des familles et de la société concernant les personnes atteintes de maladies dégénératives

En plus des effets bénéfiques qu'elle catalyse sur la santé des personnes présentant des troubles cognitifs, l'art-thérapie peut être une force d'entraînement et renforcer le sentiment d'appartenance d'une équipe. L'attitude thérapeutique de l'art-thérapeute peut entraîner de nouvelles attitudes, encourageant une approche centrée sur les qualités exprimées des patients.

Elle peut devenir parmi d'autres professions paramédicales un levier pour une amélioration de la qualité de vie de ces personnes et un soutien pour les équipes en évitant l'épuisement des soignants. Ainsi, cela éviterait la désertion des familles qui ne veulent plus rendre visite à leurs

⁸⁶ Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.32.

aînés déambulant dans les couloirs ou désœuvrés à l'entrée des établissements. Le dynamisme et l'approche humaniste que propose l'art-thérapie à visée esthétique peut être bénéfique dans un service de gériatrie.

De plus, en apprenant à comprendre les personnes âgées présentant une détérioration mentale et physique, nous abordons leur connaissance affective qu'ils développent plus facilement que nous. Leur façon d'apprécier le monde offrirait à la société une vision plus globale de la personne.⁸⁷ Le regard que l'on a sur la prise en charge est aussi ressenti par la personne qui ne se sentirait plus seulement comme une personne malade mais plutôt comme une personne vivante avec des sentiments, des émotions de joie, de surprise, de bien-être.

L'accompagnement d'une équipe, d'une famille vers une meilleure connaissance de l'art-thérapie serait propice à faire naître un regard différent sur la personne malade et à développer une convergence de compétences autour d'elle. Ainsi, les personnes qui gravitent autour de la personne ne la dissocierait plus de sa pathologie et pourraient améliorer leur manière d'être avec elle pour restaurer son statut d'être humain.

IV. L'approche art-thérapeutique des patients nécessite une formation spécifique qui implique des connaissances abouties dans le domaine de l'Art et des connaissances médicales du public accueilli

A. L'art-thérapie n'est ni de l'animation, ni une psychothérapie

L'animation artistique utilise l'Art pour transmettre des savoir-faire, elle n'a pas vocation de soin. Les objectifs qu'elle remplit sont pédagogiques. En EHPAD l'animation a des objectifs culturels et sociaux. Les ateliers d'animation se déroulent en groupe et proposent pour l'ensemble les mêmes consignes et les mêmes objectifs.

La psychothérapie, quant à elle, utilise l'Art comme outil facilitant la parole, la mise en mots des difficultés psychologiques et traduit les signes graphiques en signifiant pour mieux comprendre l'état d'être de la personne et ce qui est extériorisé.

L'art-thérapeute prend le plus souvent soin d'une personne individuellement sous autorité médicale et établit des projets thérapeutiques avec des objectifs de soins en lien avec le protocole thérapeutique plus général mis en place en équipe de soins. Dans la prise en charge des personnes présentant des démences de type Alzheimer, le maintien et la dynamisation de l'expression, de la communication, des capacités relationnelles sont des éléments clés d'une amélioration de la qualité existentielle malgré les difficultés d'ordre médicale. L'art-thérapeute sait réagir devant des troubles du comportement d'origine psychologique, environnementale (bruit) ou somatique qu'il reconnaît comme la manifestation d'une anxiété qu'il rassurera, d'un excès dépressif et il valorisera la personne, comme la manifestation d'un délire qu'il ne combattra pas.

Les compétences de l'art-thérapeute autant dans le domaine d'un art que dans le domaine médical permettent une complémentarité très spécifique dans l'équipe. L'art-thérapeute est attentif aux adaptations possibles, notamment concernant l'idéal esthétique qui doit être abordable et adapté au patient. Si l'idéal de départ est trop élevé, il va générer de la frustration et mettre en danger l'estime et la confiance en soi du patient ainsi que son engagement dans l'expression.

B. Une sur-stimulation peut avoir des effets négatifs sur la personne

Les auteurs de *Maladie d'Alzheimer : accueillir la démence*, se sont demandés si

⁸⁷ Line Asselin. "Entrer en lien avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer", conférence du 26 septembre 2013, IFPS école d'infirmière, La roche sur yon.

l'accompagnement des personnes vers le contrôle exercé sur leur propre personne et le maintien des possibilités de choix dans les activités motrices sont utiles dans les phases moyennes et tardives de la démence. Peut être sont-elles au contraire générateurs d'un sentiment de dévalorisation. Selon leur expérience, ces personnes sont dépassées par des sollicitations et des encouragements mal compris.⁸⁸

En effet, il a été observé lors du stage pratique en art-thérapie, de la difficulté inattendue où s'est trouvée une personne, atteinte d'une démence moyenne à avancée, devant des images qui ravivaient de façon intense des souvenirs remontant à son enfance et à sa vie active. Elle a extériorisée une joie importante avec expression d'éclats verbaux et d'ouverture des yeux. Ces manifestations étaient absentes depuis plusieurs années. Cependant, cette joie a été suivie d'une grande tristesse. Les effets inattendus de l'Art ont été dévalorisants et ont entraîné la personne dans un repli sur soi momentané. Cette expérience conduit à une prudence sur le dosage des stimulations.

C. L'art-thérapeute peut déceler le passage de l'Art I à l'Art II lors d'une prise en charge à long terme ce qui valorise les compétences cognitives d'une personne atteinte d'une démence évoluée

La spécificité des compétences de l'art-thérapeute lui permet de déceler ce qui relève d'un acte spontané (Art I) d'un acte orienté vers une recherche esthétique (Art II). Dans le cas des maladies dégénératives à un stage sévère, il est parfois difficile de déceler le passage de l'Art I* à l'Art II*. Cependant un regard aguerris et des corrélations entre les réalisations suscitent des réflexions autour de cette thématique. En effet, un tracé répété systématiquement d'une séance à une autre montre une persistance de la personne à réaliser cette forme. Mais quand l'orientation du tracé est modifiée à une séance précise, l'art-thérapeute peut fortement supposer qu'une intention a été émise et que la personne veut tendre vers une orientation esthétique (le bien). Considérée comme la phase de l'activité proprement dite, « le bien » est ce passage du geste anarchique au contrôle du geste en y introduisant le style de la personne. Ce passage de l'intentionnalité fait appel au choix de la personne à s'orienter d'une manière ou d'une autre.

Les tracés, aussi archaïques qu'ils paraissent à nos yeux, existent par la force motrice et la volonté mentale de la personne qui, suite à plusieurs expérimentations, décide de faire différemment selon ses possibilités psychomotrices. Nous pouvons supposer et cela reste à démontrer chez plusieurs personnes ayant des troubles cognitifs sévères, que la répétition des images créées (les tracés) et l'inflexion pour en créer de nouvelles montrent que les anciennes images deviennent de nouvelles connaissances formelles mais aussi kinesthésiques (la sensation du pinceau qui glisse sur le papier). Si la connaissance de la douceur de la peinture est la motivation d'une nouvelle orientation de la main de la personne, il est important de noter que cette connaissance là qui est pure sensation s'inscrit dans la mémoire implicite même si la personne ne peut pas l'évoquer verbalement.

Ainsi, l'art-thérapeute peut renseigner ces changements à l'équipe afin de valoriser les compétences cognitives mise en œuvre lors d'une séance.

D. Les différents savoirs repérés chez la personne atteinte de troubles cognitifs moyens à évolués (savoir-faire, savoir-ressentir, savoir -être) peuvent être valorisés

Les évaluations demandées par les fournisseurs de prestations, les autorités et les contrôles de qualité sont attentifs aux prestations individuelles et aux évaluations des comportements, de l'état moral des personnes soignées mais aussi de leurs ressources même « modestes » car tout cela contribue à la qualité de vie de ces personnes.⁸⁹

⁸⁸ Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.25.

⁸⁹ Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des*

Un bilan des ateliers d'art thérapie auprès de certaines personnes prises en charge par ce type de prestation aurait donc sa place dans la documentation remise aux différentes autorités. Cet apport de l'art-thérapie dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes en institution contribue à modifier le regard sur ces personnes car une place importante est donnée aux qualités personnelles, aux capacités, au ressenti du moment vécu par la personne âgée présentant des troubles cognitifs sévères.

De même que des documents sont rédigés par le CHD et distribués dans les services pour le programme d'éducation thérapeutique, un document concernant les compétences favorisées par l'art-thérapie pourrait aussi être remis et consulté par les soignants.

V. Tableau récapitulatif de la discussion autour de cette thématique

Oui, l'esthésie peut amener des personnes présentant un déficit cognitif important à lourd à révéler des connaissances (savoirs / savoir-faire/ savoir-être)	Non, l'esthésie ne peut pas amener des personnes présentant un déficit cognitif important à lourd à révéler des connaissances (savoirs / savoir-faire/ savoir-être)
Si un cadre spécifique assure la sécurité du patient : permanence d'un lieu et d'un temps, atelier en individuel selon les stratégies, une ambiance calme et éclairée, présence de l'art-thérapeute douce et bienveillante qui sait se tenir à distance et à proximité du patient (absent et présent afin que patient prenne des initiatives).	Car, un atelier hors de la chambre peut être perturbant pour certaines personnes. De plus, savoir adapter sa stratégie au niveau du lieu peut conduire à une meilleure relation de confiance.
Car, la relation de sympathie est un élément dans le processus thérapeutique qui contribue à la stimulation d'une saveur.	La relation entre le thérapeute et le patient peut être fluctuante avec des personnes présentant une labilité émotionnelle.
Car, les ressentis sont préservés même dans les démences dégénératives. L'esthésie se manifeste devant une oeuvre et peut amener à un plaisir esthétique. L'amygdale fonctionne et permet de donner une teinte émotionnelle à des événements vécus.	Car, l'expression du beau est limité dans le temps présent et ne peut pas s'engrammer sans répétition. De plus, la sur-stimulation des personnes âgées dépendantes peut aggraver les états émotionnels comme l'anxiété.
Les personnes présentant une démence moyenne ont la capacité d'organiser un espace, de choisir des couleurs, des formes, de ressentir une satisfaction visuelle, tactile et esthétique.	Les personnes présentant une démence moyenne n'ont pas toujours la faculté d'élaborer, de planifier leurs actions et n'ont plus la capacité de mémoriser des faits récents. Leurs capacités sont fluctuantes tout comme leurs émotions.
Si le métier d'art-thérapeute est considéré comme une profession paramédicale avec ses spécificités	Si le métier d'art-thérapeute est considéré comme de l'animation.
Le repérage entre l'expression artistique en Art I (expression archaïque) et en Art II peut se faire en identifiant les répétitions formelles et le passage d'une organisation de l'espace et de la forme à une autre. Cet identification permet de savoir si la personne a une intention esthétique.	Difficile de repérer chez certaines personnes présentant une démence dégénérative évoluée ce qu'elles ressentent et à quoi elles pensent.

soins. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010, p.33.

<p>L'auto-évaluation du bon, du bien, du beau permet à la personne de passer du ressenti au savoir car elle sollicite leur subjectivité et une implication qui renforce le processus d'activation de la mémoire.</p>	<p>Les auto-évaluations peuvent être considérées par la personne comme une évaluation de ses performances ce qui entrave son adhésion au processus thérapeutique</p>
<p>L'utilisation du cube harmonique permet à la personne de se situer et d'apprécier ce qu'elle a développé. Il est utilisé comme bilan pour la personne elle même.</p>	<p>Le modèle du cube harmonique est trop complexe pour ce public, ainsi qu'une simplification visuelle du modèle. La verbalisation du " savoir comment s'est passé la séance " en utilisant la théorie des 3 B par le questionnement : "Est-ce que vous trouvez votre réalisation belle ? " non / un peu /moyennement/ belle / très belle"... Ces critères correspondent à la cotation de 1 à 5 des 3 B. Il s'agit d'une indication qui doit être corrélée avec les observations faites par l'art-thérapeute pendant la séance.</p>
<p>Le processus de réactualisation des ressentis pourrait être réactivé par le personnel afin de renforcer la capacité de s'affirmer de ces personnes. Ce processus pourrait s'inscrire dans un programme de soins qui entrerait dans un protocole adapté à chacun. Cela suppose des rencontres régulières avec les thérapeutes et des écrits consultables par les soignants.</p>	<p>Encore une fois, l'implication de l'équipe demande une réorganisation du travail en institution et un véritable partenariat entre les thérapeutes.</p>
<p>Si le personnel participe au rappel de souvenirs vécus en atelier d'art-thérapie exprimés par le patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le lieu (connaissance des faits) - le moment (connaissance des faits) - la relation (connaissance des ressentis) - la manière (connaissance des faits) - la production (connaissance des faits) - ce qu'elle a aimé (connaissance de soi: perception) 	<p>Cela implique une modification du temps et de la charge de travail des soignants qui sont orientés sur des gestes de soins du quotidien...Le temps manque pour un accompagnement personnalisé en lien avec l'art-thérapie.</p>

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de la discussion

Conclusion

Les séances d'art-thérapie auprès des personnes présentant des troubles neurologiques et psychiatriques ont apporté une saveur à leur vie et nourrit leur qualité existentielle car si l'art-thérapie ne guérit pas les pathologies dégénératives et les effets de la vieillesse, l'art-thérapie peut apporter du soins aux patients. Cette mise en pratique des connaissances acquises en formation théorique à l'école d'art-thérapie de Tours, a montré que la personne âgée dépendante avec déficits cognitifs n'est pas uniquement porteuse d'une difficulté médicale mais qu'elle est surtout une personne riche de ses goûts, ses compétences, ses émotions, son élan pour vivre et son appréciation pour ce qui l'entoure. En cela, la personne âgée peut trouver dans l'art-thérapie le moyen de revigorer la qualité de sa fonction existentielle. Car, en ressentant, en s'orientant dans une intention esthétique, en agissant dans la mise en oeuvre d'une production artistique, la personne âgée dépendante affirme son goût, son style et retrouve son humanité.

Cette expérience pratique a surpris l'équipe de soins sur les capacités révélées des patients. Certaines fonctions motrices ou cognitives en sommeil ont été stimulées, ce qui a été observable non seulement pendant le déroulement des séances mais aussi sur les productions elles-mêmes qui ont montré l'engagement et les capacités esthétiques des patients. Cette expérience a rappelé à l'équipe de soin leur impossibilité de prendre suffisamment de temps pour chaque personne afin d'établir une relation qui préserverait le goût de vivre des patients. Ce manque et les résultats positifs sur le bien-être des patients montrent bien que la présence de l'art-thérapeute dans un établissement a toute sa légitimité pour raviver, restaurer, rééduquer la qualité existentielle.

La dominante choisie, les arts plastiques, était adaptée pour les personnes prises en charge dans les ateliers en individuel. Mais la musique, comme le chant et les percussions, a été expérimenté deux fois par l'art-thérapeute en animation de groupe et en individuel, avec des personnes présentant des maladies dégénératives. Des bénéfices possibles que suscitent cette dominante auprès de ces personnes ont été repérés mais n'ont pas été relatés dans ce mémoire. Car, la réalisation d'ateliers de groupe, pour être faits dans les meilleures conditions, inviterait la présence d'un co-thérapeute qui observerait avec plus d'acuité le déroulement des séances. Pour aller plus loin, un questionnement est né sur l'intérêt de la pratique musicale au cours d'une prise en charge thérapeutique à dominante arts plastiques: est-ce que cette pratique qui devient secondaire n'interrompt pas le processus thérapeutique en cours ou bien, les bénéfices qu'elle induit enrichirait-elle la prise en charge ? L'expérience, pendant deux séances, a montré que les personnes participant à l'atelier ont exprimé des capacités de relation et de communication de façon spontanée et joyeuse grâce à la musique. En effet, le monde sonore incite au mouvement, à la gesticulation, à l'expression mais aussi à la communication et à la relation. Cette expérience conduira à approfondir cette question de la musicothérapie avec la technique que l'art thérapeute maîtrise car il est non seulement un soignant mais aussi un artiste expérimenté doté d'une connaissance pédagogique.

A l'avenir, pour une validation des résultats et une diffusion des synthèses dans le suivi quotidien des patients au sein de l'établissement, un observateur indépendant de la relation thérapeutique, pourrait mieux comptabiliser le nombre de sourires, de regards communicants... De plus, ces résultats pourraient être mis en commun avec d'autres art-thérapeutes et ainsi être intégrés dans une étude randomisée sur un grand nombre de personnes. Cela permettrait de créer une base de données sur l'adéquation entre les pathologies, la personnalité du patient et les propositions art-thérapeutiques possibles apportant les meilleurs résultats.

En guise de conclusion générale, un tableau récapitulatif de la pratique de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès des personnes âgées dépendantes, permet de faire un point sur les bénéfices visibles lors des prises en charge pendant cette étude.

Bénéfices de la pratique des arts plastiques sur les mécanismes humains de la personne âgée présentant des troubles psychiatriques et cognitifs	D'un point de vue externe (phénomène artistique)	D'un point de vue interne
Capacités motrices et mentales	Maintien et stimulation des capacités de la motricité fine (mouvement de la main, du poignet, du coude...) et de la structure corporelle (tenue du buste, de la tête...)	Maintien et stimulation les capacités cognitives, mnésiques par la réalisation artistique et l'expression du goût esthétique
Intention et actions	Poussée corporelle et stimulation de la diversification des gestes en lien avec des savoir-faire artistiques	Favorise les intentions et le passage vers l'élan corporel dans un but esthétique
Environnement et relations	Maintien et développement des interactions sociales	Stimulation des facultés d'adaptation à l'environnement extérieur
Humeur et sensorialité	Baisse des plaintes mnésiques pendant les séances Baisse des plaintes de l'humeur dépressive	Stimulation de la sensorialité Amélioration de l'humeur
Valorisation de la personne	Valorisation de l'histoire de vie et des capacités créatives de la personne par l'exposition des productions personnels (traitement mondain)	Valorisation de la personnalité

Tableau 6: Tableau récapitulatif des effets de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès des personnes âgées dépendantes présentant des troubles neurologiques et psychiatriques

Listes des graphiques

Figure 1 : Modèle de comportement dirigé vers un but.....	17
Figure 2: Schéma de l'opération artistique.....	24
Tableau 1: Tableau récapitulatif de l'exploitation sanitaire de l'activité artistique.....	27
Tableau 2 : Tableau récapitulatif de l'anamnèse de Mme E.....	31
Figure 3 : Repérage des sites d'actions de l'état de base de Mme E dans l'opération artistique	32
Figure 4: Repérage des cibles thérapeutiques.....	32
Graphique 1 : Implication relationnelle avec l'art-thérapeute.....	34
Graphique 2: Capacité d'attention dans l'activité artistique	35
Graphique 3: Capacité à se lancer dans l'activité artistique.....	35
Graphique 4: Capacité esthétique : formes, composition, couleurs.....	36
Graphique 5: Mesures de la tension nerveuse en début et en fin d'atelier.....	37
Graphique 6: Mesures de l'émotion en début et pendant l'atelier.....	38
Graphique 7 : Corrélation des mesures sur les émotions pendant l'atelier, l'élan corporel, l'implication relationnelle avec l'art-thérapeute.....	38
Figure 5: Repérage des sites d'actions et des potentialités de Mme T.....	42
Graphique 8 : Attitudes et jugements valorisants	43
Graphiques 9 : Qualités et attitudes favorisant son estime de soi.....	43
Tableau 3 : Tableau des effets spécifiques de l'atelier d'art-thérapie sur Mme T.....	44
Tableau 4: Tableau récapitulatif de l'évolution de la qualité de vie de Mme T.....	45
Schéma 1 : Circuits neuronaux du jugement esthétique et de l'émotion esthétique.....	48
Tableau 5 : Tableau récapitulatif de la discussion.....	56
Tableau 6: Tableau récapitulatif des effets de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès des personnes âgées dépendantes présentant des troubles neurologiques et psychiatriques.....	59

Références bibliographiques

Changeux Jean-Pierre. *Du vrai, du beau, du bien: une nouvelle approche neuronale*. Paris: Editions Odile Jacob, 2010.

Chapuis Raymond. *Les relations humaines*. Paris: Editions Vigot, 1994.

Chardon Fabrice. *Evaluation des effets d'une pratique d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes démentes séniles*. Chambéry: Editions Anrt, 2010.

Chastel André, *Léonard de Vinci, Traité de la peinture*. Paris: Editions Calmann-Levy, 2003.

Damasio Antonio R. *Le sentiment même de soi: corps, émotions, conscience*. Paris: Editions Odile Jacob, 1999.

Delamarre Cécile. *Alzheimer et communication non verbale*. Paris: Editions Dunod, 2011.

Forestier Richard et coll. *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2007.

Forestier Richard et coll. *Profession art-thérapeute*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2010.

Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^o édition. Paris: Editions Favre, 1999.

Forestier Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris: Editions Favre, 2011.

Forestier Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris: Editions Favre, 2004.

Giannakopoulos Panteleimon et coll. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010.

Khosravi Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. 3^oéd. Ruel-Malmaison: Editions Doin, 2011.

Kolb Bryan et Wishaw Ian. *Cerveau et comportement*. Paris; Bruxelles: Editions De Boeck, 2002.

Ladislav Robert. *Le vieillissement du cerveau, Parkinson, Alzheimer et autres démences*. Paris: Editions Flammarion, 2003.

Ladislav Robert. *Le vieillissement*. Paris: Editions Belin, 1994.

Landreville et coll. *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Quebec: Editions Maloine, 2005.

Lemarquis Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: Editions Odile Jacob, 2012.

Lindsay Norman. *Traitement de l'information et comportement humain: une introduction à la psychologie*. Paris: Montréal, 1980.

Purves et coll. *Neurosciences*. 4^oéd. Bruxelles: Editions De Boeck, 2011.

Rizzolatti Giacomo et Sinigaglia Corrado, *Les neurones miroirs*. Paris: Editions Odile Jacob, 2011.

Uldry P.-A et Regli F. *Neurologie du sujet âgé*. Paris: Editions Masson, 1993.

Vibert Jean-François et coll. *Neurophysiologie: de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*. Paris : Editions Elsevier, 2005.

Vogt-Ferrier Nicole. *Maladie d'Alzheimer: accueillir la démence: Organisation du cadre de vie, des services et des soins*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 2010.

Revues

Berthel Marc. Que peut faire un EHPAD pour soulager les aidants du voisinage. *La revue de Gériatrie*, Mars 2004, supplément B, Tome 29, n^o3, p. B-27 – B-30.

Guillemaud Céline et coll. Maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien Médecine générale*, Septembre 2012, Tome 26, n^o 896, p. 595-600.

Guisset Martinez Marie-jo et coll. Les approches non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer: bilans d'évaluations, projets innovants à l'international. Actes du colloque. *La revue de gériatrie*, Juin 2008, supplément A, tome 33, n^o6, p.11-24.

Moliner Pascal. Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales. *Psychologie NeuroPsychiatrique Vieillesse*, Décembre 2008, vol. 6, n^o4, p. 245- 257.

Sociétés savantes et coll. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. *La revue de Gériatrie*, Septembre 2008, Tome 33, n^o7, p. 551-587.

Thomas-Antérion Catherine. Tests et échelles des démences. *Repères en Gériatrie*, Décembre 2010, Vol. 12, n^o104, p.315-324.

Vetel Jean-Marie. Particularités de la prise en charge clinique et thérapeutique de la maladie d'Alzheimer en maison de retraite. *La revue de Gériatrie*, Mars 2004, Tome 29, n^o3, p. B-9- B-14.

Conférence

Line Asselin. "Entrer en lien avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer", conférence du 26 septembre 2013, IFPS école d'infirmière, La roche sur yon.

Dictionnaires

DSM IV. Editions Masson, 2003.

Samson Marie. *Dictionnaire usuel des arts plastiques*. Editions ViaMedias, 2004.

Garnier Delamare. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 31° éd. Paris: Editions Maloine.

Garnier Delamare. *Dictionnaire abrégé des termes de médecine*. 5° éd. Paris: Editions Maloine, 2007.

CD audio

Changeux Jean-Pierre. *Le cerveau et l'art*. Editions de Vive Voix, 2010.

Sites internet consultés

Fondation Méderic Alzheimer: www.fondation-mederic-alzheimer.org

HAS: www.has-sante.fr

Union des associations France Alzheimer et des maladies apparentées: www.Francealzheimer.org

Neuromedia: <http://www.neuromedia.ca/fr/sante/soins3.asp>

UNESCO : <http://www.unesco.org>

Vulgaris médical : <http://www.vulgaris-medical.com>

Dictionnaire médical : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

Cerveau et psycho, n°28 : www.neur-one.fr

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

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

**L'ART-THÉRAPIE A DOMINANTE ARTS-PLASTIQUES PEUT AMÉLIORER LA
QUALITE EXISTENTIELLE DES PERSONNES AGÉES PRÉSENTANT DES
TROUBLES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES**

Soutenu en 2014

Par Corinne Cosson

RESUME :

Au cours du vieillissement normal et d'autant plus dans la maladie de type Alzheimer et dans les troubles psychiatriques, les personnes âgées en EHPAD vivent des pertes de leurs capacités physiques et cognitives qui diminuent leurs facultés. Cela les conduit à adopter des modifications du comportement et à remettre en question leur affirmation, leur confiance et leur estime de soi. Ces personnes atteintes de troubles neurologiques et psychiatriques se retirent peu à peu de la vie sociale pour s'isoler et souffrir de dépression et d'anxiété. Leur goût pour la vie est profondément altéré.

L'art-thérapie a dominante arts-plastiques a des effets d'entraînement du corps et de l'esprit en stimulant leurs facultés neurologiques et motrices. Ainsi, une expérience d'atelier d'art-thérapie auprès de ces personnes a montré l'efficacité de cette prise en charge non médicamenteuse, améliorant leur qualité de vie en ravivant leur saveur existentielle.

MOTS CLES :

Art, art-thérapie, qualité existentielle, troubles neurologiques, psychiatrie.

SUMMARY : As they normally get older or especially if they have a disease like Alzheimer or psychiatric disorders, elderly persons living in EHPAD experience losses of their physical and cognitive abilities that reduce their faculties. This induces them to modify their own behaviour and question their assertion, their self-confidence and esteem. These persons affected by neurological and psychiatric disorders retire step by step from social life, isolate themselves and suffer from depression and anxiety. Their taste of life is deeply altered. Art-therapy specializes in plastic arts has training effects on the body and the spirit by stimulating their neurological and moving abilities. That's why, for this kind of person, an experience in an art-therapeutic workshop can show the efficiency of this non medicinal care that improves their quality of life by reviving their existential taste.

KEY WORDS : Art, art-therapy, existential abilities, neurological disorders, psychiatry.