

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

&

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'Art-thérapie
A dominante arts plastiques
Réalisée auprès de personnes âgées dépendantes
vivant en institution.**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

présenté par Sébastien PETROWSKY

Année 2011

Sous la direction de
François LEFÈVRE
Médecin Gériatre

Centre Hospitalier "Le Secq de
Crépy"
1 rue de l'Hôpital
57220 BOULAY

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

&

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'Art-thérapie
A dominante arts plastiques
Réalisée auprès de personnes âgées dépendantes
vivant en institution.**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

présenté par Sébastien PETROWSKY

Année 2011

Sous la direction de
François LEFÈVRE
Médecin Gériatre

Centre Hospitalier "Le Secq de
Crépy"
1 rue de l'Hôpital
57220 BOULAY

Remerciements

Je remercie toutes les personnes rencontrées dans le cadre du stage pratique au Centre Hospitalier "Le Secq de Crépy" et à l'EHPAD "les Lilas Blancs" de Boulay m'ayant apporté leur collaboration:

L'ensemble des professionnels pour leur disponibilité et le partage de leurs connaissances.

Madame WALLECK, ma directrice de stage, pour m'avoir accordé sa confiance.

Merci au docteur François LEFÈVRE, mon directeur de mémoire, pour le temps qu'il m'a accordé, l'attention et la richesse de son questionnement lors du stage, mais aussi pour la qualité de l'application et la considération portées sur ce travail.

A l'ensemble des résidents et patients rencontrés avec qui j'ai partagé des moments de vie, et notamment chacune des personnes ayant partagé cette expérience d'art-thérapie. Ils sont l'âme de ce mémoire.

Merci également à toutes les personnes rencontrées à l'I.M.E. "Les Genêts" de Creutzwald où j'ai effectué mon stage d'observation: Mlle Chrystelle THEIN, directrice; M. Philippe BOHL, psychologue; ainsi qu'à toute l'équipe professionnelle et aux enfants.

Je tiens à remercier l'AFRATAPEM dont j'ai emprunté la méthodologie et les outils d'évaluation, et M. Richard FORESTIER, directeur de Recherches et directeur pédagogique, pour la qualité de son enseignement.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenu durant l'ensemble de ces années d'études, ma famille, mes amis.

Plan

Remerciements	1
Plan	2
Glossaire	9
Introduction	10
Première partie: L'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut améliorer la qualité de vie d'une personne âgée dont la vie en institution ou en Unité de Soins de Long Séjour est une souffrance.	12
I. La personne âgée peut vivre son entrée en institution comme un traumatisme psychique.	12
A. Le vieillissement d'une personne impacte souvent sa santé et son autonomie.	12
1. Vieillir peut signifier s'éloigner d'un idéal.	12
a. Le vieillissement est un processus qui s'inscrit dans un continuum.	12
b. La notion de vieillesse est à la fois polysémique et imprécise.	12
c. Les changements physiologiques liés au vieillissement peuvent provoquer une rupture par rapport à une norme sociale.	12
d. L'éloignement de la norme peut être à l'origine d'une baisse de l'estime de soi.	13
2. Le vieillissement peut favoriser l'apparition de changements physiologiques et/ou pathologiques.	13
a. Nombre de pathologies sont assimilées à la vieillesse.	13
b. Il existe des maladies neuro-dégénératives liées à l'âge, comme la maladie d'Alzheimer et démences apparentées.	13
3. Le vieillissement physiologique amène parfois à une perte d'autonomie.	15
a. La grille AGGIR* permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée.	15
b. La dépendance peut être prise en charge par plusieurs types d'aide à la personne.	16
B. L'institutionnalisation en EHPAD ou l'hospitalisation en USLD entraîne une perte des repères.	17
1. L'institutionnalisation ou l'hospitalisation favorise l'isolement et peut contribuer au repli sur soi de la personne.	17
2. Il existe des liens entre démence et dépression chez le sujet âgé.	17
II. Les arts plastiques permettent la mise en place d'une dynamique constructive et éducative favorisant l'expression de la personne.	19
A. L'art est une activité privilégiée de l'expression humaine.	19
1. L'art est un acte volontaire dirigé vers l'esthétique.	19
a. Il convient de donner du sens au mot <i>art</i> .	19

b. L'art est composé de plusieurs techniques artistiques.	20
c. L'idéal esthétique est le moteur de l'activité artistique.	20
2. Le phénomène artistique est un processus observable de l'activité artistique.	21
a. Le phénomène artistique comporte trois phases: Intention, Action, Production.	21
b. L'Intention est une réaction provoquée par une impression.	21
c. L'Action est la mise en œuvre de techniques dans le but d'atteindre une satisfaction.	22
d. La Production est la corrélation entre l'Intention et l'Action.	22
B. Les arts plastiques proposent une dynamique de travail et des spécificités particulièrement adaptées aux personnes âgées résidentes en institution.	22
1. Les arts plastiques mobilisent une motricité fine ainsi que des capacités mnésiques et sensorielles qui entretiennent une activité cognitive.	22
2. L'élaboration d'une œuvre plastique apporte une dynamique permettant à la personne âgée dépendante de conserver un élan vital et de renforcer sa confiance en soi.	23
3. La pratique des arts plastiques demande une implication et une concentration qui permettent à la personne âgée dépendante de se détacher de sa souffrance.	23
4. La pratique des arts plastiques est adaptée à la fatigabilité des personnes âgées.	24
5. La réalisation d'une œuvre plastique est source d'expression, de communication et de relation.	24
C. La pratique des arts plastiques comporte aussi ses limites face aux personnes âgées.	25
1. Pour de nombreuses personnes âgées, la pratique des arts plastiques peut paraître infantilisante.	25
2. Le manque de technique peut être une barrière à l'approche des arts plastiques.	25
3. De nombreuses personnes âgées ne sont pas intéressées par les arts plastiques.	26
4. L'Art n'est pas thérapeutique en soi.	26
III. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques permet d'exploiter et de contrôler les effets de l'art dans une visée thérapeutique pour aider la personne souffrante.	26
A. L'Art-thérapie est une discipline paramédicale qui propose une méthode et des outils spécifiques.	26
1. Le terme "art-thérapie" regroupe à l'heure actuelle différentes orientations.	26

a. L'atelier d'art dans un lieu de soin.	26
b. La psychothérapie à médiation artistique.	26
c. L'art-thérapie comme discipline originale et scientifique.	26
2. Les recherches menées par l'AFRATAPEM ont permis d'élaborer des outils spécifiques dans l'optique de respecter une rigueur scientifique et une efficacité optimum de la prise en charge.	27
a. L'analyse thérapeutique repose sur l'opération artistique.	27
b. L'opération artistique permet la mise en place d'une stratégie thérapeutique.	28
c. L'observation des effets de l'art est rendue possible via le phénomène artistique.	28
d. La fiche d'observation aide à une bonne gestion des observations recueillies lors de la séance.	30
e. Le cube harmonique est un outil d'auto-évaluation qui peut permettre à la personne d'être actrice de son soin.	30
B. Grâce à cette méthode singulière et à ses connaissances artistiques, l'art-thérapeute va pouvoir orienter son action pour raviver la saveur existentielle et ainsi la qualité de vie de la personne âgée dépendante vivant en institution.	31
1. L'art-thérapeute oriente l'activité artistique vers une recherche du plaisir et du mieux-être.	31
a. L'art-thérapeute travaille avec les parties saines de la personne prise en charge.	31
b. Chaque phase de l'opération artistique peut être la source de gratifications.	31
c. Les choix esthétiques opérés par la personne lui permettent d'accéder à une affirmation de soi.	32
d. Avec une pratique artistique adaptée au potentiel de la personne, l'art-thérapeute cherche à créer des boucles de renforcement pouvant aider la personne à reprendre confiance en elle.	32
e. La mise en valeur des potentiels de la personne tend à provoquer une amélioration de l'estime de soi.	33
2. Le recouvrement de la saveur existentielle peut aider une personne âgée dépendante vivant en institution ou en l'U.S.L.D. à mieux accepter son état.	33
a. En étant actrice de son soin, la personne retrouve son statut de sujet.	33
b. En retrouvant son statut de sujet, la personne peut donner du sens à sa vie.	33

Deuxième partie: Le stage pratique au Centre Hospitalier "Le SECQ de CREPY" de BOULAY m'a permis de mettre en place un atelier d'Art-thérapie et de réaliser plusieurs études de cas. 34

I. Le stagiaire s'imprègne de son environnement de stage afin de proposer une action appropriée. 34

A. La perspective d'une intervention bénéfique du stagiaire auprès des résidents à nécessité une phase d'observation. 34

1. Le Centre Hospitalier "le SECQ de CREPY" de BOULAY est historiquement orienté dans le domaine gériatrique. 34
2. Le stage s'est déroulé dans trois services ou établissement, constitués d'équipes pluridisciplinaires. 34
 - a. L'unité de soin de longue durée (U.S.L.D.). 34
 - b. L'E.H.P.A.D. 35
 - c. L'unité psycho-gériatrique. 35
3. Les sujets âgés intègrent l'établissement adapté à leur état physique et cognitif. 35

B. La mise en place d'un atelier d'art-thérapie à demandé également une phase d'adaptation. 36

1. La collaboration avec les différents professionnels de santé a permis une meilleure prise de contact avec les résidents. 36
 - a. Rencontrer les acteurs du soin a permis de mieux cerner la fonction de chacun. 36
 - b. Assister et participer à d'autres ateliers a permis d'une part, au stagiaire d'appréhender les difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et d'autre part, aux résidents de rencontrer le stagiaire dans un cadre sécurisant. 36
2. Cinq personnes ont été prises en charge au sein de l'atelier. 37
 - a. Les raisons d'une prise en charge peuvent être multiples. 37
 - b. Tous les résidents rencontrés n'ont pas pu participer à l'atelier d'Art-thérapie. 37
 - c. Plusieurs facteurs ont poussé le stagiaire à opter pour la mise en place de prises en charges individuelles. 38

II. Etudes de cas. 39

A. Madame W. est indiquée en art-thérapie pour tenter d'enrayer un syndrome de glissement. 39

1. L'anamnèse de Mme W. révèle un syndrome dépressif sévère. 39

2. La rencontre avec le médecin coordinateur puis avec la résidente vont permettre de fixer les objectifs de la prise en charge.	40
a. Madame W. estime avoir gâché sa vie.	40
b. Face à la souffrance de cette personne, nous déterminons des objectifs thérapeutiques.	41
c. L'opération artistique au regard des objectifs à atteindre permet à l'art-thérapeute de repérer les sites d'actions et d'élaborer une stratégie thérapeutique.	41
3. L'évolution de la prise en charge va révéler d'autres sites d'action et la nécessité de la mise en place d'objectifs intermédiaires.	42
a. Le déroulement de la prise en charge nécessite une adaptation de la stratégie en fonction de la singularité du résident.	42
b. La stratégie thérapeutique va aider à déterminer les faisceaux d'items recensés sur la fiche d'observation.	45
c. La personnalité de Mme W. va engendrer des faisceaux d'items singuliers qui vont enrichir la fiche d'observation.	47
4. Au regard des objectifs, les outils d'évaluation nous permettent d'analyser les faisceaux d'items relevés par le stagiaire.	48
a. Les capacités relationnelles de Mme W. s'éveillent sous l'impulsion de la prise en charge.	48
b. L'idéal esthétique de Mme W. l'anime et lui permet d'améliorer sa confiance en soi et son affirmation de soi.	49
c. Certains faisceaux d'items relevés par le stagiaire révèlent que la nature de la parole de Mme W. change de manière significative.	50
d. L'autoévaluation effectuée à la fin de chaque séance donne également lieu à une analyse.	51
B. Madame R. est indiquée en art-thérapie, car l'équipe de soin constate des phases d'apathie de plus en plus préoccupantes.	52
1. L'anamnèse révèle que la vie de Mme R. a basculé suite à un A.V.C. ischémique.	52
2. Un échange entre le stagiaire art-thérapeute, Mme R. et son mari a permis de fixer des objectifs thérapeutiques.	53
a. L'A.V.C. de Mme R. l'a fragilisée physiquement et moralement, ce qui a entraîné une baisse de l'estime de soi, le mari de Mme R. m'explique le rôle fondamental qu'elle tenait au sein de sa famille.	53
b. Pour aider Mme R. à mieux accepter sa situation, les principaux objectifs sont de valoriser l'estime de soi en la rendant actrice de son soin à travers l'activité artistique.	54
c. Au regard des objectifs, une stratégie thérapeutique a pu être élaborée.	54
3. Le déroulement de la prise en charge va nécessiter d'adapter la stratégie à la personnalité de Mme R.	55
a. Les premières séances d'art-thérapie demandent de trouver un compromis entre les aspirations de Mme R. et leur faisabilité.	55
b. La stratégie thérapeutique permet de déterminer les faisceaux d'items recensés sur la fiche d'observation.	58
c. La personnalité de Mme R. va apporter d'autres faits observables.	58

4. Au regard des objectifs, les outils d'évaluation nous permettent d'analyser les faisceaux d'items relevés par le stagiaire.	59
a. L'épanouissement des capacités esthétiques de Mme R. par la pratique de la peinture lui donne accès à une revalorisation de l'estime de soi.	59
b. L'engagement de Mme R. dans l'activité artistique lui permet de s'inscrire dans le présent, ce qui s'exprime par une modification de la nature de la parole.	60
c. L'autoévaluation de Mme R. montre une tendance à l'amélioration de l'estime de soi.	61
C. Les différents cas étudiés nous amènent à établir des bilans personnalisés.	62
1. L'étude de cas réalisée avec Mme W. nous permet de dresser un bilan positif du déroulement de sa prise en charge.	62
2. Le bilan de l'étude de cas mené avec Mme R. est lui aussi positif mais plus nuancé.	63
3. Sous l'impulsion du médecin coordinateur de l'E.H.P.A.D. et avec la collaboration des psychologues, un travail a pu être mené dans le but d'objectiver les évaluations du stagiaire.	64
a. Différentes échelles permettent d'évaluer les performances et le niveau de qualité de vie de la personne âgée, parmi celles-ci, la <i>Geriatric Depression Scale</i> de Yesavage retient l'attention du stagiaire.	64
b. Les GDS passés par Mme W. et Mme R. en début et en fin de stage accréditent les évaluations menées par le stagiaire.	65

Troisième Partie : L'art-thérapeute doit apprécier continuellement les parts d'objectivité et de subjectivité engagées au cours de la prise en charge.

I. La notion de subjectivité est une composante majeure en Art-thérapie.	68
A. L'Art-thérapie implique la subjectivité.	68
1. L'Art est une forme d'expression de la subjectivité d'une personne.	68
a. L'Art possède une part d'objectivité.	68
b. L'Art est avant tout un lieu d'exercice de la subjectivité.	68
2. Le soin nécessite rigueur et objectivité.	68
3. Une méthodologie et des outils spécifiques permettent d'apporter cette part d'objectivité à l'Art-thérapie.	69
B. L'art-thérapeute engage sa subjectivité.	69

1. Les outils d'évaluation incluent la subjectivité du patient, mais aussi celle de l'art-thérapeute.	69
2. L'exploitation de la subjectivité est au centre de l'activité en art-thérapie.	69
3. La subjectivité de l'art-thérapeute peut influencer sur l'évaluation.	70
4. Pour pouvoir se servir de ses évaluations dans un but thérapeutique, l'art-thérapeute doit adopter l'attitude la plus objective possible.	71
a. Le cadre thérapeutique impose l'attitude empathique.	71
b. L'art-thérapeute doit considérer ses propres limites.	71
5. L'analyse implique une fois de plus la subjectivité de l'art-thérapeute.	72
6. Le patient, sa famille ainsi que l'équipe pluridisciplinaire complètent le point de vue de l'art-thérapeute et apportent la part d'objectivité nécessaire à la validation des effets de la prise en charge art-thérapeutique.	72
II. Notre expérience nous permet de proposer une réflexion sur l'élaboration de la fiche d'observation.	73
A. De nombreux travaux consultés proposent d'associer chaque cotation à un adjectif qualificatif.	73
1. Qualifier la cotation de chaque faisceau d'items apporte une régularité dans l'évaluation.	73
2. La qualification des cotations peut aussi entraîner des incohérences nuisant à l'évaluation.	74
a. Un adjectif qualificatif peut revêtir différentes significations.	74
b. Parfois, la variété des adjectifs semble influencer sur le nombre des cotations.	74
B. L'évaluation en art-thérapie peut se soumettre à une logique différente.	75
1. L'absence de qualificatif favorise l'harmonisation des cotations.	75
2. La standardisation de la cotation facilite la mise en place d'une logique.	76
Conclusion.	77
Bibliographie.	78
Liste des graphiques et illustrations.	79
Annexes.	80

Glossaire

3B:	Le Beau, le Bien et le Bon.
AFRATAPEM:	Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine.
AGGIR:	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources.
ASH:	Agent de Service Hospitalier.
Attitude empathique ¹ :	Effort de compréhension envers autrui et excluant l'entraînement affectif personnel autant que le jugement moral.
AVC:	Accident Vasculaire Cérébral.
Compassion ² :	Prédisposition à la perception et la reconnaissance de la douleur d'autrui entraînant une réaction de solidarité active ou seulement émotionnelle.
Contagion émotionnelle ³ :	Propagation d'une émotion d'un individu à d'autres.
DFT:	Dégénérescence Fronto-Temporale.
EHPAD:	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
Esthétique:	Ensemble des principes fondant une expression artistique pour la conformer à un idéal de beauté.
Fond:	Partie subjective de l'œuvre.
Forme:	Partie observable d'une œuvre.
GDS:	Geriatric Depression Scale (Echelle de dépression gériatrique).
GIR:	Groupe Iso-Ressource.
HAD:	Hospitalisation à Domicile.
IME:	Institut Médico-éducatif.
INSEE:	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé.
Site d'action:	Mécanisme humain défaillant.
Sympathie ⁴ :	Participation affective aux sentiments d'autrui.
UFR:	Unité de Formation et de Recherches.
UPG:	Unité Psycho-Gériatrique.
USLD:	Unité de Soins de Longue Durée.

¹ www.dicopsy.com

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

Introduction

Aussi loin que je me souviens, les activités artistiques (dessin, peinture, musique et autres), ont toujours été mon domaine de prédilection. Après le Bac, je désirais exercer une profession me permettant d'associer l'Art et l'enseignement.

Alors que je suivais des études en arts plastiques à l'UFR* Sciences Humaines et Arts à l'Université Paul VERLAINE de METZ, un événement particulièrement tragique toucha l'un de mes proches et me fit découvrir avec plus de précision l'univers hospitalier.

Je me suis rendu compte à cette occasion que l'Art possédait des qualités singulières dans les domaines de la rééducation et de la stimulation sensorielle.

Constatant que rien n'était proposé dans ce sens dans les hôpitaux que je fréquentais, j'entendis parler de l'Art-thérapie et plus précisément de "l'école de Tours". L'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire qui y est enseignée correspond à mes attentes et à l'idée que je pouvais me faire de l'association de l'Art et du soin. Utiliser l'Art pour accompagner les personnes en souffrance donne un sens supplémentaire à ma propre pratique artistique.

Ma première année de formation à l'AFRATAPEM* m'a permis de réaliser un stage d'observation très enrichissant au sein d'un IME* où j'ai pu travailler avec des enfants de 6 à 14 ans. L'obtention du certificat d'Intervenant Spécialisé en Art-thérapie (ISA) m'a aidé à concrétiser une expérience professionnelle en tant qu'intervenant en art plastiques dans un centre de formation spécialisé en réinsertion sociale pour jeunes adultes de 16 à 25 ans. A cette occasion, je me suis aperçu que la formation ISA m'avait apporté une méthodologie additionnelle et bénéfique dans la façon d'aborder la pratique d'une activité artistique avec des personnes en difficulté.

Fort d'une expérience avec des enfants, puis avec de jeunes adultes, le stage pratique, dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, a été envisagé comme l'opportunité de rencontrer un public différent et ainsi enrichir mes connaissances et ma pratique de l'art-thérapie. C'est dans cette optique que j'ai décidé de travailler avec des personnes âgées.

Ce mémoire fait état de mon expérience menée au Centre Hospitalier "Le Secq de Crépy" de Boulay, avec des personnes âgées dépendantes.

Dans une première partie, nous verrons que le vieillissement peut favoriser l'apparition de pathologies, qui elles-mêmes conduisent la personne à une baisse de son autonomie et de sa qualité de vie. Ce contexte peut causer une dévalorisation de l'estime de soi de la personne et entraîner un état dépressif. Nous comprendrons alors que l'Art-thérapie, qui propose de mettre en valeur les potentiels de la personne par le biais d'une activité artistique adaptée, peut œuvrer à l'amélioration du bien-être de cette dernière.

Dans la deuxième partie, l'expérience pratique sera relatée à travers deux études de cas. Nous analyserons les résultats des observations obtenues afin de vérifier si notre action nous a permis de nous rapprocher des objectifs thérapeutiques.

Enfin, en troisième partie, nous discuterons de l'implication des notions d'objectivité et de subjectivité dans le cadre de la prise en charge en art-thérapie. Nous essayerons d'examiner comment l'art-thérapeute peut gérer la part de subjectivité de l'Art dans le cadre d'un processus de soin. Puis, dans cette optique, nous proposerons une réflexion sur l'élaboration de la fiche d'observation.

Première partie: L'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut améliorer la qualité de vie d'une personne âgée dont la vie en institution ou en Unité de Soins de Long Séjour est une souffrance.

I. La personne âgée peut vivre son entrée en institution comme un traumatisme psychique.

A. Le vieillissement d'une personne impacte souvent sa santé et son autonomie.

1. Vieillir peut signifier s'éloigner d'un idéal.

a. Le vieillissement est un processus qui s'inscrit dans un continuum.

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge « mûr ». Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les être vivants qui doit être distingué des effets des maladies⁵.

b. La notion de vieillesse est à la fois polysémique et imprécise.

Socialement, on a tendance à associer la vieillesse avec l'âge de la retraite (environ 60 ans). L'OMS* considère qu'une personne est dite "âgée" après 65 ans. En gériatrie, on distingue encore un autre état de la vieillesse après 75 ans, âge à partir duquel le taux de personnes dites "dépendantes" explose sur le plan statistique. On passe donc globalement du statut de "personne" à celui de "personne âgée" entre 60 et 75 ans selon que l'on considère l'état social ou sanitaire d'un individu.

c. Les changements physiologiques liés au vieillissement peuvent provoquer une rupture par rapport à une norme sociale.

Une première rupture sociale s'opère avec le départ à la retraite professionnelle. Même si la personne demeure dynamique et investie au sein de la société par son rôle familial ou ses activités associatives, culturelles et de consommation, elle entre économiquement dans la catégorie dite des "inactifs".

⁵ Collectif, *Corpus de gériatrie*. Tome 1, édition 2000.

De surcroît, l'affaiblissement des fonctions physiologiques, en lui-même marque une rupture avec les idéaux de beauté et de performance véhiculés par notre société. Dans ce sens, vieillir peut signifier s'éloigner de la norme.

d. L'éloignement de la norme peut être à l'origine d'une baisse de l'estime de soi.

Selon les docteurs F. Lelord et C. André, psychiatres et auteurs, L'estime de soi est "une auto-évaluation qui permet un jugement global de sa propre valeur telle que la personne elle-même la perçoit"⁶.

Le vieillissement, même s'il n'est pas pathologique en soi, entraîne une diminution progressive mais irréversible des performances d'un individu. En s'auto-évaluant, le sujet vieillissant qui constate un déclin de ses capacités aura donc tendance à se réévaluer à la baisse, ou à se dévaloriser.

2. Le vieillissement peut favoriser l'apparition de changements physiologiques et/ou pathologiques.

a. Nombre de pathologies sont assimilées à la vieillesse.

Le vieillissement touche tous les organes et peut être aussi à l'origine d'authentiques pathologies. Citons les modifications pathologiques ou physiologiques les plus courantes:

- Apparition des rides.
- Affinement, blanchiment et perte des cheveux.
- Diminution de la taille.
- Diminution de la sensibilité olfactive.
- Perte d'élasticité du système digestif et de la vessie.
- Diminution de la force, de la tonicité et de la flexibilité musculaire.
- Diminution des capacités respiratoires et de l'endurance physique.
- Athérosclérose.
- L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire causé par un infarctus ou une hémorragie au niveau du cerveau.
- La cataracte est un problème de vision qui survient lorsque le cristallin perd de sa transparence. La vision devient progressivement embrouillée.
- La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est une maladie dégénérative rétinienne chronique, évolutive et invalidante, qui débute après l'âge de 50 ans. Elle atteint de manière sélective la macula en provoquant une dégénérescence des cellules visuelles rétiniennes.

⁶ ANDRE C., LELORD F, *L'Estime de soi*, Odile Jacob, 2002

- La presbytie est due à une diminution de l'amplitude de l'accommodation du cristallin de l'œil. Elle se caractérise par une difficulté à voir de près.
- La presbyacousie est un trouble auditif correspondant à une baisse progressive de l'audition liée à l'âge, particulièrement des sons aigus.
- L'arthrose est une pathologie qui touche les articulations, c'est une dégénérescence anormale du cartilage qui se traduit par une érosion de ce dernier et qui se manifeste par des douleurs persistantes aux articulations.
- L'insuffisance cardiaque survient lorsque le cœur n'est plus capable de pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins en oxygène du corps. L'insuffisance cardiaque se traduit notamment par une fatigue constante, un essoufflement provoqué par des efforts de moins en moins importants, une respiration courte et sifflante, un gain de poids en raison de la rétention d'eau et une toux en cas d'accumulation de fluides dans les poumons. Non traitée, elle augmente le risque de graves complications: arythmie cardiaque, caillot sanguin, œdème pulmonaire, dommages au foie et aux poumons.
- L'insuffisance rénale chronique est constante avec le vieillissement, mais longtemps asymptomatique et bien supportée.
- L'hypertrophie de la prostate, ou adénome de la prostate, se caractérise chez l'homme par une augmentation de la taille de la prostate qui en prenant du volume va comprimer l'urètre tout en faisant pression sur la vessie, ce qui engendre divers problèmes de miction.
- Les chutes sont fréquentes avec l'avancée en âge et sont toujours multifactorielles.

b. Il existe des maladies neuro-dégénératives liées à l'âge, comme la maladie d'Alzheimer et démences apparentées.

Avec l'augmentation de la durée de vie, la prévalence des maladies neuro-dégénératives du système nerveux central ne cesse d'augmenter. Ces maladies se caractérisent par un dysfonctionnement métabolique au sein du tissu nerveux, conduisant à la destruction des neurones:

- La maladie d'Alzheimer (MA) est caractérisée par une perte neuronale initialement dans le cortex temporal puis étendue à l'ensemble du cortex cérébral. Au début la MA se définit par l'installation de troubles de la mémoire, puis avec le temps s'installe des troubles des praxies, des gnosies, du langage et des fonctions exécutives. La maladie peut se compliquer de troubles du comportement: troubles de l'humeur (dont la dépression), anxiété, agressivité, agitation, déambulation, stéréotypie gestuelle, délires et hallucinations, apathie, troubles des conduites alimentaires, du sommeil et sexuels.
- La Dégénérescence Fronto-Temporale (DFT) apparait en général plus tôt que la maladie d'Alzheimer, se déclarant avant 65 ans dans la plupart des cas. Elle se caractérise par une diminution du volume des lobes frontaux du cerveau. Les DFT* sont

principalement marquées par des troubles du comportement et de la personnalité, tels que désinhibition, repli sur soi, négligence physique, perte des convenances, impulsivité, etc. Souvent, les malades souffrent également d'apathie, parfois accompagnée de manifestations d'agressivité envers l'entourage. Par contre, les troubles de la mémoire sont beaucoup moins importants que dans la MA*, et ils n'apparaissent que dans un second stade de la maladie.

- La maladie à corps de Lewy est due à la présence de dépôts anormaux à l'intérieur des neurones. La mémoire est beaucoup moins touchée que chez un malade d'Alzheimer, mais l'évolution de la maladie est plus rapide. Elle se caractérise par des hallucinations, des difficultés d'apprentissage, des mouvements corporels ralentis, plus rares et rigides, ainsi qu'un tremblement des membres au repos.
- La démence vasculaire représente moins de 8% des démences mais en demeure la quatrième cause. Les pertes de facultés cognitives résultent d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou de multiples mini-AVC. La démence vasculaire est un syndrome à expression clinique variable selon le nombre, la localisation et l'importance de l'AVC.
- La démence mixte est une maladie d'Alzheimer associée à un ou des AVC minimes à l'imagerie cérébrale, qui à eux seuls n'entraînerait pas de démence.

Même si ces pathologies peuvent paraître parfois proches dans leur symptomatologie, ce qui crée d'autant plus de difficultés pour les identifier avec précision, le diagnostic différentiel permet une prise en charge plus optimale.

3. Le vieillissement physiologique amène parfois à une perte d'autonomie.

- a. La grille AGGIR* permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée.

L'autonomie est la faculté d'agir par soi-même, or beaucoup des pathologies énumérées précédemment conduisent la personne âgée à devenir dépendante et entravent les déplacements, les transferts, l'habillage, la toilette, le repas, les tâches ménagères, la communication, la pratique des loisirs, la gestion des courses, des transports, du budget et du suivi du traitement médical.

La perte d'autonomie peut intervenir de manière brutale, comme c'est le cas lors des traumatismes liés aux chutes ou lors d'un AVC, ou plus progressive comme c'est le cas pour les états polyarthrosiques et les syndromes démentiels.

Le degré de perte d'autonomie permet au médecin de prescrire l'aide à la personne la mieux adaptée. Pour évaluer la dépendance d'une personne, le médecin utilise la grille d'évaluation AGGIR*. Selon cette grille, 6 Groupes Iso-Ressources (GIR) peuvent être définis. Le GIR 1 correspond aux personnes âgées de grande dépendance physique et psychique, alors que le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie

pour les actes de la vie courante. Les niveaux de dépendance GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 (plutôt autonomes et à domicile) n'ont pas le droit à l'APA mais peuvent bénéficier des prestations d'aide ménagère proposées par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

b. La dépendance peut être prise en charge par plusieurs types d'aide à la personne.

Le service à domicile d'aide à la personne consiste à proposer une aide au maintien à domicile d'une personne âgée, handicapée, malade, accidentée ou en perte d'autonomie. Ce service regroupe deux types d'intervention à vocation sociale:

- L'aide à domicile intervient principalement dans le cadre de l'entretien du domicile, la préparation des repas et des courses, l'aide aux démarches administratives et à l'accompagnement de la personne (lecture, discussions, promenades, jeux).
- L'auxiliaire de vie aide la personne dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne tel que la toilette, l'habillage, la prise des repas.

L'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) intervient pour la toilette, la gestion des médicaments et les soins infirmiers divers.

L'hospitalisation à domicile permet d'assurer au domicile du patient certains soins médicaux et paramédicaux lourds.

L'EHPAD* est un établissement médico-social médicalisé qui prend en charge la perte d'autonomie des personnes âgées. C'est la forme d'institution pour personnes âgées la plus courante en France. Selon l'INSEE*, 5.5% des personnes de plus de 60 ans vivent en institution, mais pour les personnes âgées dépendantes, cette part atteint 33% en France, soit environ 1,3 millions de personnes.

Les UPG*, appelées parfois "Cantous", sont des unités fermées, sécurisées, autonomes ou intégrées dans un établissement (EHPAD), qui accueillent des sujets âgés déments plutôt valides.

L'USLD* accueille et prend en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique sévère ou un état poly-pathologique pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médico-psycho-social rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum"⁷.

⁷ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, article 46.

B. L'institutionnalisation en EHPAD ou l'hospitalisation en USLD entraine une perte des repères.

1. L'institutionnalisation ou l'hospitalisation favorise l'isolement et peut contribuer au repli sur soi de la personne.

L'OMS* définit la qualité de vie comme étant "La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement". OMS* 1994.

L'institutionnalisation entraine une sécurisation du lieu de vie aux dépens d'une rupture du cadre social habituel et parfois même familial, avec un isolement souvent mal vécu. Et, selon Abraham Maslow, psychologue, (1908-1970), le sentiment d'appartenance sociale est un besoin fondamental de la personnalité, sans lequel l'autonomie et l'épanouissement de l'être humain ne peuvent se réaliser. Face aux nombreuses ruptures sociales, familiales, culturelles et identitaires que traverse la personne âgée à ce moment de la vie, nous pouvons constater que le sentiment d'appartenance est mis à rude épreuve.

L'entrée en EHPAD ou en USLD exacerbe souvent le sentiment d'abandon.

De surcroît, il arrive parfois que pour assurer la prise en charge de son aîné, la famille doit fournir un soutien financier, ce qui contribue d'avantage à diminuer l'estime de soi du résident en lui créant une source de culpabilité supplémentaire.

De son côté, la famille d'un sujet âgé institutionnalisé culpabilise souvent et traverse elle aussi une étape bouleversante.

L'intensité des émotions vécues de part et d'autre, peut entrainer une incompréhension réciproque menant à la discorde et favoriser une fois de plus le repli sur soi de la personne âgée dépendante.

En intégrant un établissement, la personne doit accepter également une certaine standardisation de son mode de vie. Elle se conforme à un règlement intérieur, occupe un espace plus petit et doit faire le deuil de son environnement habituel (logement, mobilier, bibelots, amis, voisins, etc.), de son quotidien et de sa qualité de vie antérieure. Parfois, cela entraine une réaction dépressive majorant l'isolement et le repli sur soi du sujet âgé.

2. Il existe des liens entre démence et dépression chez la personne âgée.

Les démences et les dépressions sont des pathologies très fréquentes chez les personnes âgées. Il existe de nombreuses similitudes entre les symptômes relevant de la démence et ceux relevant de la dépression⁸:

Dépression	Démence
Troubles de l'attention, difficultés pour se concentrer	Troubles de la mémoire
Douleur morale, anesthésie affective, altération de la personnalité	Emoussement affectif, indifférence
Baisse des intérêts, perte du plaisir	Apathie, incapacité à commencer une activité
Insomnie matinale	Agitation, inversion du rythme jour/nuit

Tableau 1: Symptômes de dépression et de démences pouvant être confondus.

La lecture de ce tableau met en évidence la difficulté de discerner clairement ces deux pathologies. Néanmoins, afin d'y parvenir, une sémiologie comparative est possible⁹:

Dépression	Démence
Installation assez rapide des troubles	Installation progressive
Symptômes transitoires	Symptômes permanents
Progression rapide	Progression lente, insidieuse
Absence d'apraxie et d'agnosie	Existence d'une apraxie et d'une agnosie
Orientation intacte	Troubles de l'orientation
Sensibilité à l'indigage	Pas de sensibilité à l'indigage
Fréquent sentiments de culpabilité	Absence de sentiment de culpabilité
Plaintes portées sur des troubles cognitifs	Absence de prise de conscience des troubles cognitifs
S'investit peu dans les tâches proposées	S'applique à effectuer ses tâches
Humeur dépressive prédominante	Humeur labile
N'éprouve aucune envie de répondre aux questions	Désireux de répondre mais réponse pouvant n'avoir aucun sens
Réponses aux questions du type "je ne sais pas"	Réponses approchantes
Antécédents dépressifs d'installation rapide	Antécédents dépressifs au cours de la vie moins fréquents (ou inexistant)

Tableau 2: Différencier la dépression et la maladie d'Alzheimer.

⁸ Alzheimer: prévenir, diagnostiquer, traiter... Santé mentale, extrait du numéro 67, laboratoires EISAI-PFIZER, in Mémoire d'Art-thérapie: COMBE-SAMMIER Anaïs, Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées dépressives vivant en institution, Université François Rabelais, UFR de Médecine, Tours, 2005

⁹ Ibid.

Cependant, le lien entre démence et dépression est bien plus complexe encore.

Premièrement, le principal diagnostic différentiel d'un syndrome démentiel débutant est le syndrome dépressif.

Deuxièmement, les deux pathologies sont parfois, voir souvent associées ou impliquées:

- Un syndrome démentiel peut commencer par un syndrome dépressif. La cause de la dépression est la démence elle-même car les troubles cognitifs constituent une source permanente de blessures narcissiques et de mises en échecs.
- Un syndrome dépressif peut venir compliquer un syndrome démentiel, la prise en charge thérapeutique de ce syndrome dépressif peut améliorer le comportement du sujet dément.

II. Les arts plastiques permettent la mise en place d'une dynamique constructive et éducative favorisant l'expression de la personne.

A. L'art est une activité privilégiée de l'expression humaine.

1. L'art est un acte volontaire dirigé vers l'esthétique.

a. Il convient de donner du sens au mot *art*.

L'origine du mot *art* provient du nom latin *ars* qui signifie "habileté, manière, métier". Cette signification, donne un premier sens au mot *art* qui serait alors une manière de faire une chose selon certaines méthodes, certains procédés. Ainsi nous pouvons citer l'art de la guerre, l'art médical, l'art musical, l'art oratoire, etc. C'est de ce sens premier que nous vient l'expression "agir selon les règles de l'art".

Dans l'antiquité, le mot *art* a été associé aux notions de beauté et d'esthétique*. Pour Platon, le beau est la conséquence logique de l'association entre la vérité et la pureté. La nature étant le fruit de la création divine, un bon artiste est celui qui imite le plus fidèlement la nature. Platon définit la beauté pure par "des figures qui sont belles par elles-mêmes et qui procurent certains plaisirs qui leur sont propres comme les figures formées sur la ligne et le cercle au moyen des tours, des règles et des équerres"¹⁰. Toujours selon Platon, le plaisir engendré par la beauté est la découverte par l'homme de la ressemblance entre l'œuvre et le modèle divin.

Aujourd'hui, le terme d'*Art* s'entend comme art de la beauté.

Dans sa définition contemporaine, l'*Art* est un acte volontaire dirigé vers l'esthétique. Cette définition nous permet de distinguer l'*Art* des autres formes d'expression humaine, car si l'*Art*

¹⁰ PLATON, Philèbe, in FORESTIER R., *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, Lausanne, 2004, p.35.

est une expression, toute expression n'est pas Art. C'est avec l'esthétique que l'Art trouve son originalité et quitte le seul champ des savoirs faire¹¹.

b. L'Art est composé de plusieurs techniques artistiques.

L'Art est le domaine privilégié de l'expression à visée esthétique. L'Art est aussi connu par ses œuvres. Selon la nature de l'œuvre, nous pouvons regrouper les pratiques artistiques en catégories:

- Les arts du spectacle ou arts corporels: Le corps est le support et le matériau de l'œuvre. Cette catégorie comprend le théâtre, la danse, le mime, le cirque.
- La musique ou les arts auditifs: c'est l'art de combiner les sons et les silences dans le temps. Le support de l'œuvre est le rythme. Il s'agit pour cette catégorie de la musique et du chant.
- Les arts visuels ou arts plastiques: Cette catégorie concerne les arts dont les œuvres sont essentiellement perçus par l'œil. C'est l'art de combiner les formes et les couleurs. On y retrouve le dessin, la peinture, le modelage, la sculpture, la calligraphie.

Le design, l'architecture et l'artisanat sont des domaines qui utilisent des techniques artistiques, mais à la différence des pratiques précitées, la finalité de l'œuvre doit prendre en compte la dimension fonctionnelle de l'objet et pas uniquement sa dimension esthétique.

c. L'idéal esthétique est le moteur de l'activité artistique.

L'expression artistique est portée par une intention esthétique qui elle-même résulte d'une impression. Pour satisfaire sa volonté esthétique, l'homme va produire une œuvre. L'activité artistique pourrait alors s'arrêter ici. Cependant, certains hommes deviennent des artistes, dont certains produisent jusqu'aux derniers instants de leur vie. Ce phénomène est dû au fait que l'intention relève du domaine de l'idée tandis que l'œuvre produite relève du monde sensible. Dans le cadre de l'expression artistique, il s'agira donc pour l'homme de confronter son imaginaire intérieur non seulement aux éléments extérieurs, les matériaux pour le plasticien, l'instrument pour le musicien, mais aussi aux limites physiques de son propre corps. Il élaborera des techniques afin de parvenir à se rapprocher au plus près de son intention de départ en contournant les obstacles physiques imposés par le monde sensible. Mais par la réalisation, l'artiste ne peut qu'effleurer son idée originelle, car l'idéal esthétique demeure inatteignable et va entretenir une tension permettant à l'artiste de se dépasser et de maintenir cette volonté continuelle de dépassement.

Dans son atelier parisien, Alberto Giacometti s'est acharné pendant près de 40 ans à peindre ses modèles: sa femme Annette, son frère Diego, Jean Genet, James Lord... effaçant

¹¹ COLLECTIF, *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*, Direction scientifique R. FORESTIER, éd. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007, p.12

sans arrêt, recommençant et concluant systématiquement chaque séance par un: "C'est abominable, j'abandonne définitivement la peinture". Chacune de ses œuvres est une véritable lutte, où l'artiste détruit, reconstruit, dessine et gomme, dans le but de saisir l'essence de ses modèles.

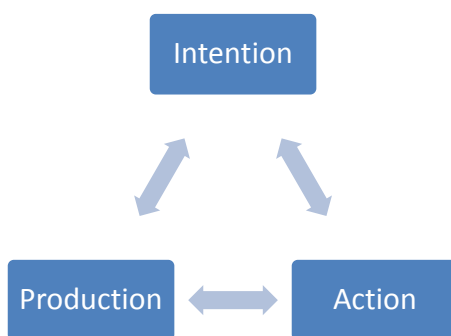
"L'idée de faire une peinture ou une sculpture de la chose telle que je la vois ne m'effleure plus. C'est comprendre pourquoi ça rate, que je veux". Alberto Giacometti.

2. Le phénomène artistique est un processus observable de l'activité artistique.

a. Le phénomène artistique comporte trois phases: Intention, Action, Production.

On appelle *phénomène artistique* la partie visible de l'activité artistique, dont le tout constitue l'opération artistique, que nous aborderons en page 29. Le phénomène artistique se divise en trois phases: l'Intention, l'Action et la Production. Ces différentes phases se présentent chronologiquement dans cet ordre lors de la production d'une œuvre, mais au cours du processus d'élaboration, chaque phase va influencer sur l'une ou l'autre. Par exemple: mon dessin me semble achevé. Je l'observe, et je m'aperçois qu'il ne correspond pas à mes attentes. Je prends la gomme et j'efface ce qui me déplaît. Dans cet exemple, la Production qui ne correspond pas à l'Intention, engendre l'Action de retoucher le dessin.

Nous pouvons illustrer le principe d'interaction entre les phases du phénomène artistique par un schéma:



b. L'Intention est une réaction provoquée par une impression.

L'intention est la manifestation de l'idéal esthétique. C'est une tension entre la manière dont la personne perçoit quelque chose (l'impression) et la volonté d'expression à visée esthétique qui en résulte. L'intention va pousser la personne à agir dans le but d'atteindre son objectif. La phase d'intentionnalité, lorsqu'elle est assouvie, correspond à la notion de *Bon* en art, qui va être déterminée par le plaisir éprouvé durant la réalisation. L'Intention va en outre générer l'émergence de la conscience critique¹².

¹² FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.48.

L'Intention est aussi la phase charnière permettant de distinguer l'instinct, qui se manifeste par une expression anarchique, de l'acte volontaire dirigé vers l'esthétique, qui va permettre l'élaboration de techniques artistiques.

- c. L'Action est la mise en œuvre de techniques dans le but d'atteindre une satisfaction.

C'est durant cette phase que l'être humain met en œuvre ses capacités physiques, psychiques et sensorielles. Elle implique tous les systèmes de validation et de régulation propres à la recherche de l'idée. C'est la phase des choix et de la prise de décision sous-tendus par l'idéal esthétique, elle assume le passage d'une tension encore imprécise à la réalisation d'un objectif. C'est de la relation entre la volonté de la personne et la réalisation technique de l'œuvre que va être déterminée la notion de *Bien* en art, qui correspond à la gratification qu'éprouve la personne lorsqu'elle estime son travail bien fait.

- d. La Production est la corrélation entre l'Intention et l'Action.

La production est la phase où la personne détermine si l'Action qu'elle vient de réaliser correspond toujours à son Intention, ou en d'autres termes si la *Forme** correspond au *Fond**. Si le rapport Action/Intention souhaité par la personne est maintenu, cette dernière pourra considérer son travail achevé. Si au contraire le rendu de l'Action est trop éloignée de l'Intention, la personne va vouloir retoucher ou recommencer son travail. Dans les deux cas, la Production fait appel au jugement esthétique de la personne, autrement dit au *goût* de la personne. La phase de production qui ponctue le processus artistique est la relation entre le fond et la forme de l'œuvre. Cette phase se rapporte à la notion de *Beau*, qui correspond à la gratification qu'éprouve la personne lorsqu'elle juge que son travail est à son goût.

B. Les arts plastiques proposent une dynamique de travail et des spécificités particulièrement adaptées aux personnes âgées résidentes en institution.

1. Les arts plastiques mobilisent une motricité fine ainsi que des capacités mnésiques et sensorielles qui entretiennent une activité cognitive.

La pratique d'une activité artistique implique tous les mécanismes humains mis en œuvre depuis la captation sensorielle jusqu'à l'acte volontaire dirigé.

En arts plastiques, les sens les plus concernés par le processus de l'élaboration d'une œuvre sont la vue et le toucher. A un degré moindre, l'ouïe, le goût et l'odorat peuvent être impliqués. Par exemple, la musique peut être la source d'inspiration d'un travail plastique, comme ce fut le cas du Jazz dans l'œuvre de Mondrian.

L'activité artistique, par les stimulations sensorielles qui lui sont propres, sollicite le système nerveux. Ainsi, elle aide au maintien de l'activité cognitive et mnésique de la personne âgée. Selon certaines études¹³, l'entretien de l'activité cognitive augmente la capacité du cerveau à maintenir un fonctionnement cognitif relativement normal en dépit de l'accumulation d'une charge légère à modérée d'éléments neuropathologiques. La démence interviendrait alors plus tardivement, et serait d'évolution plus rapide, ce qui aurait pour effet de réduire la période de démence vécue par la personne.

Dans le domaine des arts plastiques, l'expression, sous-tendue par la volonté esthétique, passe souvent par la manipulation d'outils spécifiques, comme le crayon, le pinceau, le couteau, l'ébauchoir etc., qui font travailler la motricité fine de la personne. Ainsi, l'activité musculaire propre à la coordination, la dissociation et la précision du geste, est entretenue et permet à la personne âgée de conserver au certain degré d'autonomie.

2. L'élaboration d'une œuvre plastique apporte une dynamique permettant à la personne âgée dépendante de conserver un élan vital et de renforcer sa confiance en soi.

Il existe un décalage temporel entre le moment où la personne souhaite réaliser une production et le moment où elle s'exécute. Au départ de l'activité, la production est donc un objectif, et la personne qui veut l'atteindre doit se projeter dans l'avenir. Immiscer la notion de projet dans la vie du sujet âgé dépendant présente un intérêt sur le plan sanitaire, puisqu'il permet de maintenir l'élan vital de la personne.

En effet, la perte de l'élan vital chez la personne âgée dépendante peut entraîner un ralentissement psychomoteur et un vide dépressif qui sont deux caractéristiques de la dépression du sujet âgé. Les arts plastiques permettent la mise en place de projets à courts et à longs termes. La réalisation de projets à courts termes, comme l'apprentissage de techniques, permet de renforcer la confiance en soi de la personne. La mise en place de projets à longs termes permet quant à elle de maintenir l'intérêt de la personne en éveil.

3. La pratique des arts plastiques demande une implication et une concentration qui permettent à la personne âgée dépendante de se détacher de sa souffrance.

L'activité artistique présente la particularité d'être portée par la recherche d'un idéal esthétique, comme nous l'avons vu plus haut¹⁴. La pratique des arts plastiques, qui requiert une implication et une concentration totales en vue de satisfaire cette volonté esthétique, va mobiliser les sens ainsi que l'activité mnésique et cognitive de la personne. Cet état de concentration va permettre à la personne âgée dépendante de dépasser sa souffrance physique et psychique. La volonté esthétique peut monopoliser l'attention de la personne au point de lui

¹³ Wilson R.S., Barnes L.L., Aggarwal N.T., Boyle P.A., Herbert L.E., Mendes de Leon C.F., et al. (2010). Cognitive activity and the cognitive morbidity of Alzheimer disease. *Neurology*, à paraître. <http://mythe-alzheimer.over-blog.com>

¹⁴ Cf. *L'idéal esthétique est le moteur de l'activité artistique*, p.22

faire oublier ses troubles de l'humeur, son anxiété, ses idées suicidaires, voir certains maux physiques.

4. La pratique des arts plastiques est adaptée à la fatigabilité des personnes âgées.

Le vieillissement entraîne inévitablement une diminution des performances physiques des personnes.

Les arts plastiques présentent une qualité qui leur est propre: contrairement aux autres activités artistiques, même si l'artiste peut faire corps avec son œuvre, l'œuvre peut être dissociée du corps.

Cette qualité des arts plastiques paraît particulièrement adaptée aux personnes âgées car elle présente plusieurs avantages:

- La réalisation de l'œuvre peut être fractionnée: L'œuvre étant indépendante du corps, il est possible d'interrompre son élaboration autant de fois que nécessaire sans que cela ait de conséquences sur son intégrité. Ainsi, l'arrêt momentané de la réalisation de l'œuvre, que ce soit pour une raison d'ordre sanitaire ou autre, n'entraîne pas de mise en échec de la personne.
- Le rythme de la réalisation est propre à chaque personne et n'entraîne pas de conséquences sur le travail du groupe. Ainsi, une baisse de ressource de la personne ne provoque pas de sentiment de culpabilité pouvant nuire à son estime de soi.
- La dissociation du corps et de l'œuvre permet un détachement et une prise de recul permettant d'évaluer le travail indépendamment de la personne. Contrairement aux arts corporels, l'œuvre peut être évaluée sans que cela n'implique le corps physique de la personne. Ainsi, en arts plastiques, lors du *Traitement Mondain*¹⁵ la dissociation temporelle qui s'est opérée peut préserver l'intégrité de la personne.
- L'adaptabilité temporelle des arts plastiques aux difficultés que peuvent éprouver les personnes âgées leur permet, par le franchissement d'objectifs intermédiaires, la création d'une boucle de renforcement bénéfique à une valorisation de l'estime de soi.

Sur le plan spatial, la dimension des outils et des supports peuvent être adaptés à la physiologie ou au degré d'autonomie de la personne.

5. La réalisation d'une œuvre plastique est source d'expression, de communication et de relation.

La production artistique est une expression de l'homme dans le sens où elle transmet la subjectivité de l'artiste dans le monde sensible. Seulement, pour que l'œuvre soit reconnue en tant que telle, sa simple expression ne suffit pas, il faut qu'elle soit validée par la communauté. L'œuvre, lors de sa présentation, va remplir le rôle d'interface entre la sensibilité du public et la subjectivité de l'artiste. La signification de l'œuvre va amener la personne à

¹⁵ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.183-184.

émettre un jugement en fonction de son ressenti. Pour exprimer et valider à son tour son évaluation, la personne, public ou artiste, va communiquer son ressenti.

Il arrive que l'œuvre permette d'établir un lien, au delà de la signification, entre la sensibilité de l'artiste et celle du spectateur. Comme ce rapport dépasse le sens, la communication n'est pas possible, mais fait place à la relation, que l'on peut considérer comme une union simultanée de personnes et qui peut déboucher sur le sentiment de sympathie ou d'empathie.

L'expression, la communication et la relation en art renvoient au sentiment d'appartenance sociale et permet à la personne d'exister au sein de la communauté et de s'identifier en tant qu'être singulier. En exprimant son goût et en exerçant sa faculté critique, la personne âgée dépendante développe son affirmation de soi et peut retrouver son statut de sujet au sein d'une institution.

C. La pratique des arts plastiques comporte aussi ses limites face aux personnes âgées.

1. Pour de nombreuses personnes âgées, la pratique des arts plastiques peut paraître infantilisante.

Beaucoup de personnes âgées n'ont pas pratiqué les arts plastiques depuis leur enfance. Il est fréquent de constater que la pratique du dessin ou de la peinture évoque la période de scolarité pour une personne âgée. En fonction de son affinité ou non avec ces pratiques artistiques, la personne aura tendance à commenter: "j'étais très doué à l'école" ou au contraire "ça ne m'a jamais intéressé".

De ce fait, certaines personnes âgées ont tendance à percevoir la pratique des arts plastiques comme un retour à l'enfance, ce qui peut être dévalorisant.

2. Le manque de technique peut être une barrière à l'approche des arts plastiques.

Sans l'apprentissage de techniques, la production d'une œuvre plastique peut donner des résultats très médiocres, bien en deçà des attentes de la personne. Une déception relative au rendu d'un travail artistique peut devenir une source d'inhibition supplémentaire pour la personne âgée dépendante vivant en institution. Pour beaucoup d'entre-elles, le bagage technique se limite à celui amassé pendant l'enfance, l'apprentissage peut paraître inutile ou compliqué.

Il se peut aussi que l'activité proposée ne soit pas à la hauteur des attentes de la personne et ne laisse aucune place à l'expression artistique proprement dite. Malheureusement, beaucoup d'ateliers "créatifs" se limitent au stéréotype du "découpage, collage, coloriage", où le seul acte esthétique accordé à la personne réside dans le choix de la couleur du "stylo-feutre qui va permettre de colorier le ruban sur l'œuf de pâques". Si ce type d'atelier a le mérite de

proposer une activité occupationnelle salubre à la personne âgée vivant en institution, il entretient l'amalgame que peut faire la personne entre ce type d'activité et un réel travail d'expression à visée esthétique.

3. De nombreuses personnes âgées ne sont pas intéressées par les arts plastiques.

Hormis la perte d'intérêt globale que peuvent vivre les personnes âgées, certaines d'entre-elles ne sont tout simplement pas intéressées par la pratique des arts plastiques.

Le respect de la personne passe par le respect de ses choix.

4. L'Art n'est pas thérapeutique en soi.

Nous venons de voir que la pratique des arts plastiques apporte une dynamique pouvant être bénéfique et adaptée aux personnes âgées dépendantes vivant en institution, mais il faut rappeler que l'Art n'a aucune vertu thérapeutique en soi.

L'exploitation des effets de l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique est le domaine spécifique d'une discipline singulière: l'Art-thérapie.

III. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques permet d'exploiter et de contrôler les effets de l'art dans une visée thérapeutique pour aider la personne souffrante.

A. L'Art-thérapie est une discipline paramédicale qui propose une méthode et des outils spécifiques.

1. Le terme "art-thérapie" regroupe à l'heure actuelle différentes orientations :

a. L'atelier d'art dans un lieu de soin.

Une définition de l'art-thérapie désigne tout atelier d'art ou toute animation artistique occupationnelle effectuée dans un lieu de soin. L'Art présente des vertus éducatives bénéfiques à la personne, mais l'activité artistique en elle-même n'est pas thérapeutique.

b. La psychothérapie à médiation artistique.

Selon cette orientation, l'art-thérapie est une psychothérapie qui présente la caractéristique d'utiliser l'Art comme support d'interprétation et de verbalisation. Elle est pratiquée par un psychothérapeute qui s'est spécialisé dans l'interprétation des œuvres selon les principes théoriques de Freud, Jung ou Winnicott.

c. L'art-thérapie comme discipline originale et scientifique.

L'art-thérapie propose ici une action originale et des moyens spécifiques.

L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique¹⁶.

L'objectif principal de cette discipline est de restaurer une bonne qualité existentielle chez les personnes souffrantes des troubles de l'expression, de la communication ou de la relation. C'est cette définition que nous retiendrons.

2. Les recherches menées par l'AFRATAPEM ont permis d'élaborer des outils spécifiques dans l'optique de respecter une rigueur scientifique et une efficacité optimum de la prise en charge.

a. L'analyse thérapeutique repose sur l'opération artistique.

L'opération artistique est l'ensemble des mécanismes mis en œuvre dans l'organisation de l'activité artistique. Elle est décomposée en 8 phases distinctes:

1. *L'œuvre d'art ou accident spatio-temporel* qui est l'élément déclencheur de l'activité artistique.
2. *L'expérimentation* qui correspond à la phase de rayonnement et de captation.
3. *Le traitement archaïque de l'information* est la phase de traitement de l'information par les mécanismes neurovégétatifs et neurologiques avant que naisse l'intention.
4. *Le traitement sophistiqué de l'information* correspond à l'activité mentale, qui résulte de l'impact sensoriel, et, qui va entraîner une réaction.
5. *La poussée corporelle* est provoquée par l'intention et débouche sur l'action. En ce sens, l'immobilité peut être une action si elle relève d'une intention.
6. *Le savoir-faire* est la phase qui concerne l'acte dirigé.
7. *La production artistique* est la phase de matérialisation de l'ensemble des mécanismes qui l'ont précédé.
8. *Le traitement mondain* correspond à la phase où l'artiste s'est détaché de l'œuvre. L'œuvre est alors un "en-soi", et par l'esthétique qui le qualifie, il sera validé ou non par l'artiste et par la communauté en tant qu'œuvre d'Art.

Pour englober la totalité des possibilités sous-tendues par l'esthétique, on peut ajouter:

- 1'. *L'œuvre devient culture artistique ou nouvel accident spatio-temporel*. Si au cours du traitement mondain, la production est validée en tant qu'œuvre d'Art, elle peut devenir à son tour un nouvel accident spatio-temporel.
- 5'. *La contemplation* tout comme la *poussée corporelle* est provoquée par l'intention, mais débouche sur l'inaction. "Ainsi, l'inaction est une implication physique qui repose sur l'intensité de l'intérêt portée à l'œuvre contemplée"¹⁷. Elle agit comme un circuit fermé.

¹⁶ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007

¹⁷ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.178.

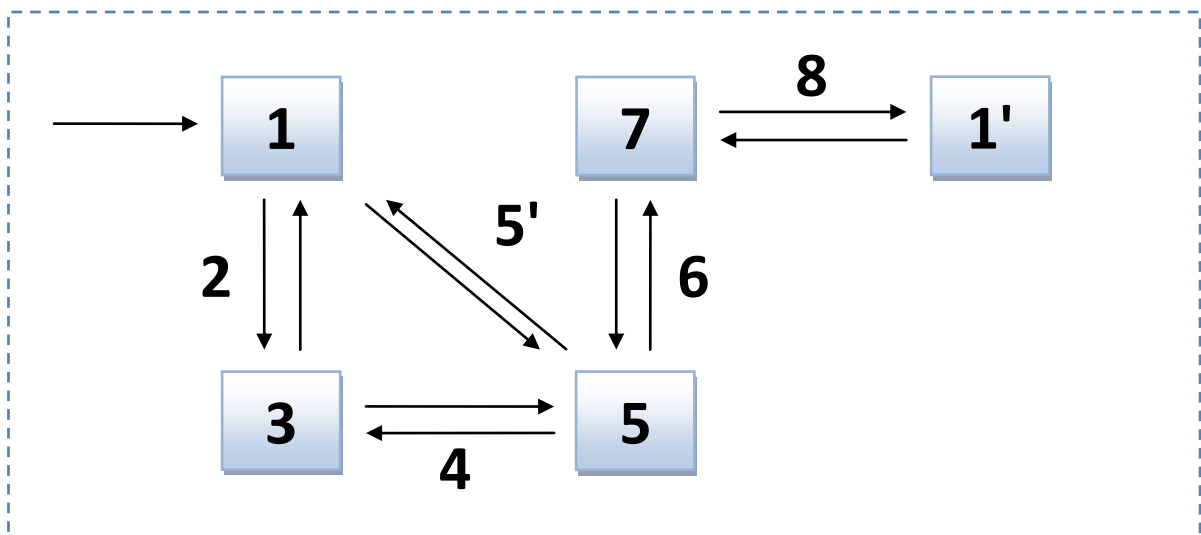


Figure 1: L'opération artistique.

b. L'opération artistique permet la mise en place d'une stratégie thérapeutique.

L'art-thérapeute doit maîtriser au moins une technique artistique. Ainsi, il peut concevoir l'opération artistique sur le plan théorique grâce à sa formation universitaire, mais aussi en appréhender chaque phase par l'expérience de sa propre pratique. Or, chaque phase de l'opération artistique peut correspondre à un site d'action* dont la localisation au sein du processus artistique permet d'élaborer une stratégie thérapeutique adaptée en vue de le résorber.

La stratégie thérapeutique est la relation entre l'état de base du patient, les objectifs généraux visant au bien-être, sinon au mieux-être de la personne et les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

La connaissance et la compréhension de l'opération artistique va permettre d'organiser, ou d'orienter l'activité artistique, dans le but de provoquer la gratification sensorielle favorable à l'épanouissement de la personne.

c. L'observation des effets de l'art est rendue possible via le phénomène artistique.

Le phénomène artistique correspond à une partie de la phase 4 et aux phases 5, 6, 7 et 8 de l'opération artistique, soit sa partie observable. Nous avons vu qu'il se compose lui-même de trois phases: Intention, Action et Production. L'Intention se génère en phases 3 et 4; l'Action se manifeste en phases 5 et 6; La production est observable en phases 7 et 8.¹⁸

Nous avons vu que les pouvoirs expressifs, communicatifs et relationnels de l'Art étaient régies par l'esthétique. A l'aide du phénomène artistique, nous pouvons à présent identifier les différentes implications physiques et psychiques propices à une bonne qualité existentielle en correspondance à chacune de ces phases.

¹⁸ Ibid., p.185.

Ainsi, l'Intention donne à observer l'Engagement¹⁹ qui est rendu possible par l'implication de l'estime de soi²⁰ de la personne sur le plan psychique, et de la poussée corporelle²¹ sur le plan physique. Autrement dit, dans le cas d'une qualité de vie pénalisée par l'absence d'engagement, le site d'action sera localisé en phase 3 et/ou 4. Exemple: une personne dépressive estime sa vie "inutile". En utilisant une œuvre d'art ou un *élément culturel déclencheur*²² (1), l'art-thérapeute va essayer de stimuler la sensibilité de la personne pour l'amener à dépasser le (4) par une expression d'ordre esthétique. Une fois cette expression obtenue, il va la considérer et la valoriser par la mise en place d'une communication avec la personne (8). Ainsi, par le (8), l'art-thérapeute va stimuler le système de récompense du sujet (3), ce qui aura pour effet de générer un plaisir (3) et (4) propice à un changement d'état de l'activité cognitive (4). Ce plaisir est le *Bon*.

De même, l'Action donne à observer le Style²³ de la personne, qui implique la confiance en soi²⁴ sur le plan psychique et la structure corporelle²⁵ sur le plan physique. Donc, dans le cas d'une qualité existentielle pénalisée par l'absence d'expression du Style de la personne, le site d'action sera localisé en phase 5 et/ou 6. Exemple: le handicap physique mal vécu peut causer une baisse de confiance en soi qui peut à son tour entraîner un repli sur soi. En utilisant un élément déclencheur (1), l'art-thérapeute incite la personne à s'exprimer (5) et (6). Or, le (5) et le (6) sont justement les sites d'actions. Grâce à ses connaissances artistiques (culturelles et techniques), l'art-thérapeute va orienter l'activité dans l'apprentissage de techniques adaptées au handicap de la personne (6) afin qu'elles correspondent le mieux possible à la réalisation de l'intention de la personne (3) et (4). Ainsi, en renforçant le (6) par l'apprentissage de techniques et savoir-faire adaptées, l'art-thérapeute va chercher à valoriser les compétences de la personne, jusqu'à ce que celles-ci lui apportent un plaisir (3) et (4) engendré par une satisfaction technique (6). Ce plaisir est le *Bien*.

Enfin, la Production implique le Goût²⁶ de la personne, qui se traduit par l'affirmation de soi²⁷ sur le plan psychique et le Ressenti corporel²⁸ sur le plan physique. L'affirmation de soi et le ressenti corporel définissent l'essence même de l'activité artistique. Le ressenti corporel marque la phase d'impression de l'esthésie, et l'affirmation de soi sert à valider ou finaliser son expression. Le mauvais goût n'est pas l'absence de goût. L'incapacité de ressenti corporel équivaut à l'incapacité de la mise en place de l'idéal esthétique, et rend l'Art inopérant. Exemple: l'anesthésie générale. Les causes d'une difficulté d'affirmation de soi

¹⁹ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.161

²⁰ Ibid., p.169

²¹ Ibid., p.169

²² *La culture comme élément culturel déclencheur d'une prise en charge en art-thérapie*. A. Bomer, C. Letessier-Debrune, in *Profession art-thérapeute*, sous la Direction de R. Forestier, éd. Elsevier Masson SAS, 2010, p.33.

²³ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.161.

²⁴ Ibid., p.169

²⁵ Ibid., p.168

²⁶ Ibid., p.160

²⁷ Ibid., p.169

²⁸ Ibid., p.168

d'une personne sont à chercher dans les fondements de sa confiance en soi ou de son estime de soi. Le goût définit le *Beau*. Exemple: Une personne qui dit ne pas aimer l'Art, exprime son goût.

Nous pouvons répertorier les différentes natures d'implications humaines et les gratifications qui découlent de la recherche esthétique en fonction des différentes phases du phénomène artistique:

Phénomène artistique	Implication personnelle observable	Gratification	Implication physique	Implication psychique
Intention	Engagement	Bon	Poussée corporelle	Estime de soi
Action	Style	Bien	Structure corporelle	Confiance en soi
Production	Goût	Beau	Ressenti corporel	Affirmation de soi

Tableau 3: Nature de l'implication dans le phénomène artistique.

- d. La fiche d'observation aide à une bonne gestion des observations recueillies lors de la séance.

L'expression, la communication et la relation donnent des indications sur l'état du bien-être de la personne. De même que l'Intention, l'Action et la Production donnent des indications sur la qualité et la nature de l'implication de la personne. Pour pouvoir enregistrer et évaluer ces performances tout au long du processus thérapeutique, l'art-thérapeute s'appuie sur la fiche d'observation. Cet outil a pour fonction de permettre le suivi thérapeutique du patient, d'être une mémoire des faits et événements précis relatifs à chaque séance, d'organiser les informations pour en permettre la gestion et la synthèse, servir de fil conducteur en permettant de recentrer l'activité sur la nature de l'intervention et les objectifs antérieurs ou dynamiser la prise en charge en reconsidérant les objectifs et permettant de projeter les futures séances.

- e. Le cube harmonique est un outil d'autoévaluation qui peut permettre à la personne d'être actrice de son soin.

Le cube harmonique est un outil qui permet à la personne d'auto évaluer les trois sources de plaisir liées à l'activité artistique lors de la séance d'art-thérapie et pouvant favoriser le bien-être: le Bon, le Bien et le Beau (la théorie des 3B).

Les trois composantes sont cotées de 1 à 5. Le résultat de l'auto-évaluation donne des indications sur la subjectivité du patient. L'art-thérapeute peut ainsi évaluer si ses observations

correspondent aux appréciations du patient et si celui-ci est capable de porter un jugement critique sur chacun des éléments. Les résultats obtenus par l'autoévaluation permettent d'une part, au patient de s'impliquer dans l'appréciation des résultats thérapeutiques et d'autre part, à l'art-thérapeute d'orienter les séances futures en fonction de la gratification recherchée.

La cotation maximum des trois composantes n'est pas le but de l'atelier d'art-thérapie, où l'objectif n'est pas de faire des artistes, mais des personnes qui vont bien. La recherche d'une gratification particulière peut se faire au détriment des deux autres. Par exemple, en séance 7, la personne évalue le Bon à 4, le Bien à 2 et le Beau à 3. Pour la future séance, elle souhaite améliorer sa technicité (Bien) qu'elle évalue à 2. Lors de la séance suivante, l'art-thérapeute va proposer l'apprentissage d'une technique de niveau de difficulté supérieure. Le patient est satisfait par l'évolution de son style, il attribue un 4 à l'évaluation du Bien. Mais la nouvelle technique a posé quelques difficultés et le Bon est passé à 2. De plus la phase d'apprentissage laissant moins de place à l'expression du goût, le Beau est coté à 2 lui aussi. Néanmoins, l'objectif du patient en séance 8 est rempli et il repart satisfait.

Par contre, dans le cas où la personne évalue la totalité des cotations à 1, l'art-thérapeute a tout intérêt à modifier le contenu de l'activité sous peine de faire perdre toute satisfaction au patient.

Ainsi, si une des originalités de la prise en charge en art-thérapie est de travailler avec les parties saines de la personne, une autre est la possibilité de la rendre actrice de son soin.

B. Grâce à cette méthode singulière et à ses connaissances artistiques, l'art-thérapeute va pouvoir orienter son action pour raviver la saveur existentielle et ainsi la qualité de vie de la personne âgée dépendante vivant en institution.

1. L'art-thérapeute oriente l'activité artistique vers une recherche du plaisir et du mieux-être.

a. L'art-thérapeute travaille avec les parties saines de la personne prise en charge.

Qu'une personne soit âgée, dépendante ou atteinte de démence, lors d'une prise en charge en art-thérapie, elle est avant tout considérée dans sa globalité, dans l'objectif de parvenir à un mieux-être. Ce sont les parties saines de la personne qui vont être valorisées dans le but d'atteindre une meilleure qualité existentielle.

b. Chaque phase de l'opération artistique peut être la source de gratifications.

En fonction de la stratégie adoptée et de la technique artistique choisie, l'art-thérapeute peut orienter les effets de l'art pour modifier l'état de chaque mécanisme intervenant dans l'opération artistique. Ainsi en renouant avec la notion de plaisir par le biais de l'activité artistique, la personne âgée améliore sa saveur existentielle.

- c. Les choix esthétiques opérés par la personne lui permettent d'accéder à une affirmation de soi.

Au départ de la prise en charge en art-thérapie, patient et art-thérapeute vont se rencontrer afin d'établir les bases d'une relation. Cette rencontre va permettre à l'art-thérapeute de révéler l'élément qui va déclencher le processus artistique. Si le patient n'a pas de sensibilité artistique, la prise en charge reste possible. Une étude de traçabilité de l'activité art-thérapeutique a été menée par deux art-thérapeutes au CHRU Bretonneau à Tours dans le pôle de cancérologie du Pr H. Kaplan. Cette étude révèle que sur 269 prises en charge, 154 ont été déclenchées par un élément culturel, soit 57% des prises en charge.²⁹ L'élément culturel déclencheur (ECD) est un centre d'intérêt éloigné des beaux-arts, mais permettant toutefois de susciter l'attention, l'intérêt et l'engagement de la personne dans l'objectif de la mise en place d'une activité artistique.

L'activité artistique est un moment privilégié de l'expression du goût, du style et de l'engagement de la personne, soit toute sa singularité et sa subjectivité.

Par exemple, en peinture, obtenir la trace souhaitée implique le choix d'une technique appropriée, le choix d'un outil particulier par sa taille et sa fonction, le choix d'une couleur qui pourra elle-même résulter du mélange d'autres couleurs, le choix du geste dans son ampleur, sa précision, sa rapidité d'exécution etc. La réalisation d'une peinture implique ainsi une multitude de choix sous-tendus par l'idéal esthétique.

La personne âgée dépendante vivant en institution est soumise aux horaires de soins, de repas et de visite, à la cohabitation parfois non souhaitée avec les autres résidents. Au cours de la prise en charge en art-thérapie, par le biais de l'activité artistique, elle va pouvoir retrouver un espace-temps où donner libre cours à l'expression de sa personnalité dans un but thérapeutique.

- d. Avec une pratique artistique adaptée au potentiel de la personne, l'art-thérapeute cherche à créer des boucles de renforcement pouvant aider la personne à reprendre confiance en elle.

Nous l'avons vu, la vieillesse est une période de déclin physiologique propice à l'apparition de pathologies. Ne serait-ce que sur le plan de la sensorialité, les capacités de la personne diminuent et entraînent, une perte de l'assurance de la personne dans ses déplacements, si ce n'est une incapacité de les effectuer. Les changements physiologiques peuvent ainsi entraîner des difficultés d'adaptation causant une baisse de confiance en soi.

Le travail de l'art-thérapeute peut consister à proposer des techniques et une activité adaptées aux possibilités motrices et sensorielles de la personne, qui sera alors en mesure de s'épanouir dans l'activité artistique. Dans ce cas de figure, l'art-thérapeute se référera à la

²⁹ *La culture comme élément culturel déclencheur d'une prise en charge en art-thérapie*. A. Bomer, C. Letessier-Debrune, in *Profession art-thérapeute*, sous la Direction de R. Forestier, éd. Elsevier Masson SAS, 2010.

notion de Bien sur le cube harmonique, qui lui indiquera si l'activité proposée correspond à l'objectif fixé.

- e. La mise en valeur des potentiels de la personne tend à provoquer une amélioration de l'estime de soi.

En valorisant les compétences au sein de l'activité artistique, l'art-thérapeute contribue au changement de regard que la personne porte sur elle-même. La personne prend conscience de potentiels inexploités, ce qui lui insuffle un nouvel élan vital. Il est fréquent qu'à la fin d'une activité la personne s'étonne d'elle-même quant au résultat obtenu.

- 2. Le recouvrement de la saveur existentielle peut aider une personne âgée dépendante vivant en institution ou en l'U.S.L.D. à mieux accepter son état.
 - a. En étant actrice de son soin, la personne retrouve son statut de sujet.

En exprimant son goût, son style et son engagement, la personne est au centre du processus thérapeutique. De plus, nous l'avons vu, l'auto-évaluation permet à la personne de s'impliquer davantage dans le déroulement de l'activité et du soin.

En privilégiant l'expression, la communication et la relation, l'Art, sous l'égide de l'art-thérapie, permet à la personne âgée dépendante de recouvrer son statut de sujet au sein d'une institution.

- b. En retrouvant son statut de sujet, la personne peut donner du sens à sa vie.

La recherche de l'idéal esthétique va animer la personne et la pratique de l'Art va lui permettre de revaloriser son estime de soi par l'atteinte d'objectifs adaptés à ses capacités. La stimulation sensorielle va permettre d'insuffler une dynamique à la personne dans le but d'atteindre cet idéal. Ainsi dynamisée, la personne va redonner du sens à sa vie et se replacer dans son existence.

En améliorant la qualité existentielle des personnes, l'art-thérapie peut contribuer à faire de l'institution un lieu de vie pour la personne âgée dépendante.

Deuxième partie: Le stage pratique au Centre Hospitalier "Le SECQ de CREPY" de BOULAY m'a permis de mettre en place un atelier d'Art-thérapie et de réaliser plusieurs études de cas.

I. Le stagiaire s'imprègne de son environnement de stage afin de proposer une action appropriée.

A. La perspective d'une intervention bénéfique du stagiaire auprès des résidents à nécessité une phase d'observation.

1. Le Centre Hospitalier "le SECQ de CREPY" de BOULAY est historiquement orienté dans le domaine gériatrique.

Le Centre Hospitalier « Le Secq de Crépy » de Boulay est historiquement orienté dans le domaine gériatrique.

Dès les débuts historiques de cet établissement, sous l'impulsion du maire de l'époque, M. de Crépy, en 1853, il était question de « la construction d'un hôpital autonome qui devait en même temps servir d'asile aux vieillards indigents ».

L'établissement compte aujourd'hui 205 lits et 5 places, répartis en 6 services :

- Service de médecine 20 lits.
- Service de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.) 25 lits.
- Service d'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.) 5 places.
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) 80 lits.
- Une Unité de soin de longue durée (U.S.L.D.) 60 lits.
 - dont une Unité Psycho-gériatrique (U.P.G.) 12 lits.
- Service de Rééducation Fonctionnelle 20 lits.

2. Le stage s'est déroulé dans trois services ou établissement, constitués d'équipes pluridisciplinaires.

- a. L'unité de soin de longue durée (U.S.L.D.).

Ce service est sous l'autorité médicale d'un Médecin Gériatre. Un Cadre de Santé ou Cadre Infirmier est responsable de l'équipe soignante et rempli également un rôle administratif.

L'équipe soignante est composée d'infirmières, d'aides-soignantes (A.S.) et d'agents de services hospitaliers (A.S.H.).

Sur prescription médicale, les résidents de l'USLD* peuvent bénéficier des services d'un ergothérapeute et/ou d'un kinésithérapeute, et sur bon de consultation, d'un entretien avec le psychologue.

L'USLD* (ou Long Séjour) est financée en partie par la Caisse Primaire D'Assurance Maladie et par le Conseil Général.

b. L'E.H.P.A.D.

Cet établissement est sous l'autorité médicale d'un Médecin Coordinateur, et comme pour l'U.S.L.D., l'équipe est composée d'un Cadre de Santé, d'infirmières, d'aides-soignantes et d'agents de services hospitaliers. Il bénéficie en outre de la présence d'une animatrice à temps plein.

Les ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychologues sont disponibles selon le même principe qu'à l'U.S.L.D.

L'E.H.P.A.D. « Les Lilas Blancs » est épaulé dans sa mission par le Conseil Régional.

c. L'unité psycho-gériatrique.

L'U.P.G. est une section fermée de l'U.S.L.D., de ce fait, elle est sous l'autorité médicale du médecin gériatre de ce service. Le cadre infirmier de l'U.S.L.D. est également responsable de l'équipe de soin de l'U.P.G.

De même, les résidents de ce service peuvent bénéficier des services d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et du psychologue. Certains ateliers et activités proposées par l'ergothérapeute et le kinésithérapeute permettent la mixité entre les résidents de l'U.P.G. et ceux de l'U.S.L.D.

Cependant, la proximité de l'équipe soignante avec les résidents n'est pas la même que dans les autres services. Le nombre restreint de résidents permet aux aides soignantes et aux A.S.H. de leur consacrer plus de temps individuellement et d'organiser et d'animer des activités collectives tel que le chant, des groupes de discussion ou des travaux manuels.

3. Les sujets âgés intègrent l'établissement adapté à leur état physique et cognitif.

Pour intégrer l'U.S.L.D. comme pour l'E.H.P.A.D., le futur résident doit avoir plus de 60 ans et doit avoir besoin de soins particuliers recensés par la grille AGGIR* qui est un outil pour évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne dans l'accomplissement de ses actes quotidiens.

C'est le score obtenu sur cette grille qui va permettre à la personne d'intégrer un établissement adapté à sa perte d'autonomie.

La principale caractéristique qui va permettre de déterminer si la personne intègre l'U.S.L.D. ou l'E.H.P.A.D. est la nécessité ou non d'une surveillance et de soins médicaux constants. De ce fait, pour répondre à ce besoin, l'U.S.L.D. dispose de moyens médicaux renforcés.

Si la cause de la perte d'autonomie de la personne est avant tout psychique et ponctuée de troubles du comportement (fugue et agressivité), l'U.P.G. apparaîtra comme la solution la mieux adaptée.

B. La mise en place d'un atelier d'art-thérapie à demandé également une phase d'adaptation.

1. La collaboration avec les différents professionnels de santé a permis une meilleure prise de contact avec les résidents.

a. Rencontrer les acteurs du soin a permis de mieux cerner la fonction de chacun.

Les premiers jours de stage m'ont permis de découvrir les différents établissements et services, où j'ai rencontré l'ensemble des professionnels et des résidents. J'ai pu observer le déroulement d'une journée type dans chaque secteur avec les phases de soin, les repas, les activités, ainsi que les prises en charge en ergothérapie et en kinésithérapie.

L'art-thérapie étant une discipline encore assez méconnue, ma venue a suscité la curiosité de la plupart des intervenants. Cela nous a permis d'échanger sur la complémentarité des compétences et des fonctions de chacun, aux vues du programme de soin et du projet de vie des résidents. Ces discussions ont aussi permis aux autres professionnels de mieux cerner le champ d'activité relatif à l'art-thérapie et ainsi de distinguer l'art-thérapie de l'animation, de l'ergothérapie et de la psychothérapie.

Suite à cela, la plupart des professionnels m'ont autorisé à assister, voir à participer à leurs activités.

b. Assister et participer à d'autres ateliers a permis d'une part, au stagiaire d'appréhender les difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et d'autre part, aux résidents de rencontrer le stagiaire dans un cadre sécurisant.

En l'absence d'art-thérapeute, la manière la plus efficace d'entrer en contact avec les résidents fût de participer aux activités proposées par les différents professionnels:

- Avec les aides soignantes, par la participation à la distribution des repas du midi et du goûter à l'E.H.P.A.D. et à l'U.S.L.D., mais aussi à l'animation d'ateliers guitare/chant à l'U.S.L.D. et guitare/chant et dessin à l'U.P.G.
- Avec l'animatrice de l'E.H.P.A.D. j'ai d'abord assisté, puis participé à un atelier de discussion, et animé le lendemain un atelier guitare/chant que j'ai poursuivi sur une discussion. J'ai recommencé l'opération à plusieurs reprises lors de mon stage.
- L'ergothérapeute de l'U.S.L.D. m'a également permis d'assister à quelques séances d'ergothérapie avec des résidents de l'U.S.L.D. et de l'U.P.G. où j'ai pu l'assister.

Elle a aussi instauré divers ateliers au sein de ce service, dont les ateliers discussions et les ateliers mémoire, qui ont pour but de stimuler et d'entretenir l'activité cognitive des personnes y participant. J'ai également pu participer activement à quelques-uns de ces ateliers pendant cette phase de mon stage.

La participation à ces activités a déclenché les premiers échanges entre le stagiaire et les résidents dans un cadre repéré et rassurant pour les personnes. Les goûts personnels, artistiques et musicaux ou l'évocation de souvenirs ont pu être abordés au cours des discussions. Ces temps ont permis aux résidents de m'identifier et d'intégrer ma présence au sein de leur cadre de vie.

L'ensemble de ces activités m'ont dévoilé également les difficultés relatives à la prise en charge de personnes âgées dépendantes, notamment sur les plans de la motricité, de l'expression, de la communication et de la concentration, mais aussi sur le plan de l'organisation physique et matérielle des prises en charge. Aussi, en y rencontrant certaines personnes qui allaient par la suite participer à l'atelier, j'ai pu évaluer leurs capacités physiques et cognitives en vue de leur proposer une activité adaptée.

2. Cinq personnes ont été prises en charge au sein de l'atelier.

a. Les raisons d'une prise en charge peuvent être multiples.

Ni la vieillesse, ni le handicap, ni même la pathologie ne justifient en elles-mêmes une prise en charge en art-thérapie. Cette discipline s'adresse aux personnes souffrant de troubles de l'expression, de la communication et/ou de la relation. Une personne âgée dépendante peut réussir à s'adapter par elle-même à la vie en institution. Dans ce cas, si la personne souhaite pratiquer une activité artistique, un atelier d'animation correspondra d'avantage à ses attentes.

Cependant, si le handicap, la pathologie, la dépendance ou l'association de plusieurs de ces facteurs entraîne une souffrance, alors l'art-thérapie peut apporter une solution appropriée à la recherche du bien être de la personne. Ainsi, pour les raisons invoquées en première partie du mémoire, de nombreuses personnes âgées dépendantes vivant en institution peuvent bénéficier d'une prise en charge en art-thérapie.

Au regard du caractère dégénératif de certaines pathologies, et compte tenu que le fondement d'une prise en charge en art-thérapie nécessite la présence d'au moins une pénalité de vie, nous pourrions nous poser la question du bien-fondé d'une prise en charge préventive spécifiquement au cas des personnes âgées, mais ce n'est pas le propos de ce mémoire.

b. Tous les résidents rencontrés n'ont pas pu participer à l'atelier d'Art-thérapie.

Avec l'aide des médecins, mais aussi de l'ergothérapeute, de la psychologue et des propos recueillis auprès des infirmières, aides-soignantes, A.S.H., et de l'animatrice, une liste initiale de résidents susceptibles de bénéficier d'une prise en charge a été établie.

Après avoir rencontré et discuté avec la plupart des personnes concernées, j'ai rencontré plusieurs cas de figure :

- la personne est curieuse et enthousiaste; auquel cas, la prise en charge a pu débuter assez tôt.
- La personne est en souffrance mais dit ne pas être intéressée; c'est malheureusement le cas de la plupart des personnes âgées en état dépressif, qui, par définition, n'ont pas (ou n'ont plus) d'envie. C'est un problème auquel j'ai été de nombreuses fois confronté. J'ai essayé à ce moment-là de rentrer en contact plus progressivement avec la personne, en respectant son humeur, son libre-arbitre, mais en me montrant disponible, dans le but d'identifier à terme un élément déclencheur. Cette approche s'est montrée payante à plusieurs reprises.
- La personne est en souffrance mais n'a pas d'aspiration esthétique; En abordant des sujets tel que la musique, la peinture, le dessin, la décoration, le bricolage, l'évocation de souvenirs, l'expression du goût etc., je n'ai pas réussi à identifier le moindre élément déclencheur. En l'absence de volonté esthétique, la prise en charge en art-thérapie ne peut pas débuter.
- La personne est en souffrance mais la relation ne s'est pas établie entre elle et l'art-thérapeute; Par rapport au déroulement du stage, et surtout à son échéance, je n'ai pas pu m'investir avec la même intensité avec toutes les personnes et j'ai dû accepter mes propres limites afin de m'occuper au mieux des personnes avec lesquelles j'avais déjà entrepris une prise en charge.
- Le cas d'une personne me paraissait trop complexe; Etant en cours de formation, et ne maîtrisant pas tous les outils à ma disposition, j'ai préféré ne pas me hasarder aux dépends de résidents dont le cas me semblait trop difficile à gérer dans l'état actuel de ma formation.
- La personne n'a pas besoin de prise en charge en art-thérapie; Une personne qui ne souffre pas de son état n'a pas besoin de prise en charge. L'art-thérapie doit faire l'objet d'une indication médicale.

Au cours du stage, j'ai rencontré et discuté avec beaucoup de résidents. J'ai abordé douze personnes dans l'objectif de la mise en place d'une prise en charge en art-thérapie. En fonction du temps de stage qui m'était accordé, cinq personnes ont finalement fait l'objet d'un suivi. Sur ces cinq suivis, deux vont être relatés dans le deuxième chapitre de cette partie.

c. Plusieurs facteurs ont poussé le stagiaire à opter pour la mise en place de prises en charges individuelles.

Au début du stage, j'ai essayé de mettre en place des prises en charge individuelles et collectives. Les deux modes de prises en charge comportent des avantages et des inconvénients: Les prises en charge collectives permettent d'observer le comportement social de la personne au sein du groupe ainsi que de favoriser sa socialisation. Les prises en charge

individuelles permettent un échange plus authentique et pour l'art-thérapeute, une observation plus complète de l'individu.

Afin de créer dans un premier temps un cadre thérapeutique sécurisant en renforçant la relation patient/thérapeute, j'ai choisi de débiter les prises en charge individuellement. Mon objectif était de proposer un projet le plus personnel possible dans le but d'éveiller la volonté esthétique des personnes et de maîtriser au mieux l'évolution de chaque prise en charge. En vue des pénalités rencontrées, je voulais être en mesure d'évaluer si l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi des personnes était suffisante pour pouvoir accueillir le regard critique d'autres usagers et ne pas créer une source de repli sur soi supplémentaire.

Au cours du stage, plusieurs tentatives de prises en charges collectives ont été entreprises, mais ont donné des résultats mitigés. En effet, certaines personnes qui étaient actives lors des prises en charge individuelles, s'effaçaient par rapport à d'autres dont les projets étaient plus affirmés et aboutis.

Par rapport aux objectifs thérapeutiques, la prise en charge collective de certaines personnes pouvait apparaître comme un objectif intermédiaire au cours de la thérapie, mais la durée du stage n'a pas permis d'atteindre cet objectif pour la majorité des cas rencontrés. D'autres personnes étaient en mesure de franchir cet objectif, mais résidant chacune dans un bâtiment différent, ce sont des contraintes spatiales et d'organisation qui n'ont pas permis de le mettre en place.

II. Etudes de cas.

A. Madame W. est indiquée en art-thérapie pour tenter d'enrayer un syndrome de glissement.

1. L'anamnèse de Mme W. révèle un syndrome dépressif sévère.

Madame W. présente un syndrome dépressif sévère avec un score de 24 / 30 au GDS*.

Depuis 40 ans, elle compte à son actif 13 tentatives de suicide, dont 12 par ingestions médicamenteuses volontaires et 1 tentative de pendaison.

Cette Dame exprime sa souffrance, ses angoisses, et entretient une série de sentiments pessimistes aboutissant à une péjoration imaginaire de l'existence. Elle dresse un bilan extrêmement négatif de sa vie, a de nombreux regrets et se blâme pour toutes les frustrations et échecs vécus.

Madame W. manifeste une névrose d'angoisse et émet des plaintes hypochondriaques. Elle se plaint de douleurs gastriques dont on n'arrive pas à diagnostiquer la cause et s'est sentie soulagée après un traitement au placebo.

La médication de Mme W. n'a pas fait l'objet de changements pouvant intervenir de manière vraiment significative sur le déroulement et les effets de la prise en charge en art-thérapie.

2. La rencontre avec le médecin coordinateur puis avec la résidente vont permettre de fixer les objectifs de la prise en charge.

a. Madame W. estime avoir gâché sa vie.

L'équipe médicale me confie Madame W. parce que depuis quelques mois, elle ne participe plus aux animations, et on craint pour elle un phénomène d'isolement et de glissement.

Lorsque je rencontre Mme W., je découvre une personne dans une grande détresse. Elle est assise dans un coin de sa chambre et les volets sont aux trois-quarts clos. Je me présente, et avant même d'expliquer le contenu de ma visite, elle me dit qu'elle n'est pas intéressée. Selon ses propos, il ne lui reste que quelques jours à vivre, et par conséquence, elle attend la mort.

J'aperçois sur sa table de chevet un magazine de "presse people" et je lui demande quels articles l'ont intéressé. Elle me répond: "rien". Sa réponse me fait rire et elle se met à rire avec moi.

J'ai avec moi un carnet contenant les photos de certaines de mes productions et je lui propose de les regarder afin qu'elle me donne son avis. A nouveau, elle me dit qu'elle n'est pas intéressée et ajoute qu'elle n'a pas d'argent. Je lui explique que je ne suis pas là pour vendre mes travaux, mais pour travailler avec elle. Elle finit par m'inviter à m'asseoir à ses côtés et nous parcourons le carnet. Un dialogue s'installe au cours duquel elle me parle de ses trois filles, dont une est décédée, de son mari décédé également et qui était très violent et la battait. Elle me montre les photos de ses enfants et me raconte son histoire qui regorge d'épisodes douloureux. Elle dévoile un cahier dans lequel elle écrit ses mémoires. En évoquant son passé, elle ne peut retenir ses larmes. Quand elle me reparle de ses filles, elle mentionne que l'une d'entre-elles fait de la peinture et me montre deux tableaux accrochés au mur, l'un représentant un iris, l'autre des coquelicots. Je lui demande alors si c'est elle qui aime les fleurs ou sa fille. Elle me répond qu'elle pense qu'elles aiment les fleurs autant l'une que l'autre. Constatant que sa fille lui a offert ces deux tableaux, je lui soumets l'idée de travailler sur un thème floral dans le but d'arriver à une production qu'elle pourrait à son tour offrir à sa fille.

L'idée lui plaît beaucoup, nous nous fixons rendez-vous pour débiter les séances.

b. Face à la souffrance de cette personne, nous déterminons des objectifs thérapeutiques.

En accord avec l'équipe médicale, nous fixons pour objectif principal de restaurer son appartenance sociale dans le but qu'en fin de prise en charge, Mme W. ait à nouveau la volonté de participer aux activités proposées par l'établissement.

Atteindre cet objectif implique la création de nouveaux liens sociaux au sein desquels Mme W. pourrait s'épanouir. Il faudrait donc intégrer Mme W. dans un groupe de travail sécurisant et bienveillant, favorable à cet épanouissement social. Or, Mme W. s'est justement mise progressivement à l'écart des différents groupes d'animation qu'elle fréquentait par manque d'intérêt. Il apparaît alors qu'avant d'intégrer Mme W. à un groupe, nous allons devoir nous assurer au préalable que Mme W. ait suffisamment d'estime pour son travail afin que ce soit la volonté esthétique qui l'amène à intégrer le groupe.

En vue d'atteindre l'objectif principal de la prise en charge, il va d'abord falloir entreprendre un travail individuel permettant d'évaluer les capacités de Mme W. afin de lui proposer une activité adaptée. Ainsi, en inscrivant son travail dans une dynamique de réussites successives, ou boucles de renforcement, nous allons l'aider à revaloriser son estime de soi. En lui apportant un bagage technique, nous pourrons nous substituer progressivement au processus créatif afin que Mme W. puisse réintégrer l'atelier d'animation après notre départ.

Nous pouvons identifier les objectifs principaux de la prise en charge comme suit:

- 1. Redonner du sens à la vie de Mme W.
- 2. Valoriser son estime de soi.
- 3. Eviter le repli sur soi en faisant renaitre le sentiment d'appartenance sociale.

c. L'opération artistique au regard des objectifs à atteindre permet à l'art-thérapeute de repérer les sites d'actions et d'élaborer une stratégie thérapeutique.

Nous pouvons identifier l'absence de participation et le repli sur soi comme sites d'actions dans la phase (8) de l'opération artistique. Cependant, la cause de ces sites d'actions se trouve en amont dans le processus. En effet, le (8) est relatif à l'affirmation de soi de la personne (7) et (8), qui elle-même implique la confiance en soi (5) et (6), qui à son tour nécessite une estime de soi suffisante (3) et (4). En théorie, nous pouvons supposer qu'au regard de l'opération artistique, le site d'action chez une personne dépressive se situe au niveau du traitement de l'information (3) et (4), la phase où naît l'intention.

Pour stimuler le (3) et le (4), nous pouvons agir en (1) en essayant de trouver un élément qui permettrait de déclencher la tension nécessaire à la mise en place d'une activité artistique (5). Encore faut-il nous assurer que la captation (2) n'entrave pas le processus.

Nous pouvons également stimuler le (3) et le (4) par la mise en place d'un exercice (6) orienté vers une recherche esthétique qui aurait pour objectif de renforcer par sa réussite technique la confiance en soi de Mme W. et de provoquer une gratification en (5) et (6) (Bien), voir en (7)

et (8) (Beau), ces gratifications étant elles-mêmes des informations propres à modifier l'état de base en (3) et (4).

Une fois son estime de soi valorisée, nous pourrions tenter d'intégrer Mme W. à une prise en charge collective lui permettant de créer de nouveaux liens sociaux sous-tendus par la pratique de l'activité artistique.

Faire naître une intention chez une personne dépressive constitue déjà un premier objectif. Comme nous l'avons vu plus haut, la première rencontre avec Mme W. a permis de révéler un élément déclencheur (1). La stratégie énoncée ci-dessus va nous permettre d'exploiter cet élément.

3. L'évolution de la prise en charge va révéler d'autres sites d'action et la nécessité de la mise en place d'objectifs intermédiaires.
 - a. Le déroulement des séances nécessite une adaptation de la stratégie en fonction de la singularité du résident.

Suite à notre rencontre, la prise en charge a fait l'objet de 15 séances. La relecture des fiches d'observations nous permet d'en dresser un résumé mentionnant des événements et observations qui ont influés sur le déroulement de la prise en charge:

Séance 1: 15 jours après notre 1ère rencontre, Mme W. se souvient de moi. Elle est alitée et toujours d'accord quant à la réalisation de notre projet. J'ai apporté une dizaine de photos de fleurs afin qu'elle choisisse un modèle pour notre premier travail. Elle écarte en premier lieu toutes les fleurs qui lui paraissent "trop ordinaires", son choix s'arrête assez vite sur une fleur de lys blanche. Afin d'entamer notre premier exercice de mise en espace sur feuille, je lui laisse le choix de poursuivre la séance dans sa chambre ou dans la salle d'animation qui est inoccupée. Mme W. me dit qu'elle serait peut-être plus à l'aise avec plus d'espace et choisi donc la salle d'animation. Mme W. est autonome dans ses déplacements et tient à se débrouiller seule pour fermer la porte, se déplacer et s'installer. Elle se trouve assise trop bas dans son fauteuil roulant et me demande de lui donner une autre chaise.

Après l'explication du premier exercice, Mme W. se défend de ne pas savoir dessiner. Je la rassure quant à ses compétences et elle se met à l'œuvre. Sa première esquisse ne la satisfait pas et je lui propose alors plusieurs techniques de mise en espace. Mme W. se lance dans un travail minutieux, n'est pas satisfaite et gomme un endroit précis à plusieurs reprises. Elle montre à cette occasion une réelle volonté esthétique. Elle me confie à ce moment qu'elle était la meilleure de sa classe en dessin. Mme W. estime qu'elle a beaucoup perdu mais qu'elle va s'améliorer.

Mme W. se sert de mes croquis comme modèle et parvient à dégager une forme qui lui convient. Une fois la fleur réalisée, je lui propose d'esquisser un décor mais elle me fait comprendre que c'est assez pour aujourd'hui. Nous prenons rendez-vous pour le lundi suivant.

Mme W. me demande si elle peut emporter la photo avec elle ainsi qu'un peu de matériel pour travailler de son côté. Elle me dit avoir passé un bon moment et qu'elle est très contente de cette séance. Le bilan de cette séance est très positif.

Séances 2 à 7: Pour la deuxième séance, je vais chercher Mme W. comme convenu. A ma surprise, elle ne désire pas participer à cette séance. Elle dit être malade et fatiguée. Elle me dit aussi qu'elle n'a pas le temps, qu'elle attend de la visite et à l'air préoccupée. Toutefois, depuis la dernière séance, elle a dessiné et a enveloppé ses travaux dans un tissu pour les offrir. Je reste discuter avec elle une vingtaine de minutes. En allant ensuite à la recherche d'informations auprès des aides soignantes, il apparaît que plus tôt dans la matinée, ces dernières ont fait allusion à l'anniversaire de Mme W. qui a lieu le lendemain. A la suite d'une incompréhension de sa part, pensant que c'était le jour même, elle s'est sentie prise au dépourvu et c'est dans cet état de panique qu'a eu lieu notre rencontre.

En séance 3, Mme W. affirme qu'elle ne voit plus suffisamment pour reprendre son activité. J'essaye d'en comprendre la cause et finit par penser que Mme W. souhaite simplement se dérober. Nous conversons une trentaine de minutes. A la fin de notre entretien, je pars à la recherche d'informations en ayant l'intention de comprendre la raison de la perte d'acuité visuelle subite de Mme W. En me dirigeant vers le bureau du médecin coordonateur, je croise les aides soignantes et leur fait part de mes informations. Il apparaît que durant la toilette matinale une erreur ait été commise et Mme W. se soit retrouvée en possession de lunettes ne lui appartenant pas. Je pars immédiatement rassurer Mme W. sur la qualité de sa vue. Malheureusement, les lunettes de Mme W. sont restées introuvables et il a fallu faire appel aux assurances.

Ainsi, de la séance 3 à la séance 7, aucun travail plastique n'a pu être envisagé. Durant cette période qui a duré 1 mois, je maintiens mes visites chez Mme W. en lieu et place des séances d'art-thérapie. Je décide finalement de qualifier ces visites de "séances", puisque même si elles ne donnent pas lieu à une pratique artistique, elles sont dirigées en vue de préserver l'objectif thérapeutique. Le phénomène associé, qui est la perte des lunettes entraînant une incapacité momentanée de l'activité artistique, nécessite la mise en place d'objectifs intermédiaires. Le premier est de cultiver la relation qui s'est créée, et le second, de conserver le projet artistique comme élément moteur de cette relation.

Séance 8: Mme W. a de nouvelles lunettes, malgré ce fait, je perçois un manque de motivation de sa part au moment de retourner en séance. L'ascenseur est en panne, Mme W. y voit un signe de la fatalité et veut repartir dans sa chambre. J'arrive à l'en dissuader. Au cours de cette séance, Mme W. retrouve ses marques et renoue avec le plaisir procuré par l'activité artistique. Néanmoins, l'absence de pratique influe sur sa confiance en soi et Mme W. trouve beaucoup de raisons pour ne pas passer à l'action. Sa production est très limitée, mais elle dit avoir passé un bon moment.

Séance 9: Au début de la séance Mme W. ne veut pas venir à l'atelier. S'étant querellée avec sa fille, elle semble en colère. Pendant que nous discutons, la petite-fille de Mme W., Laetitia, lui rend une visite surprise. Je propose de les laisser entre-elles, mais finalement, nous convenons d'inviter Laetitia à la séance d'art-thérapie. Mme W. est fière de présenter à sa petite fille le cadre de son activité. Nous avons projeté de nous servir de nos travaux précédents pour élaborer une peinture sur toile. Mme W. décide de reproduire une de mes esquisses sur la toile à l'aide d'un calque afin d'y appliquer de la couleur. Sa dextérité est impressionnante. Mme W. prend de l'assurance dans sa réalisation. Cependant elle n'est pas totalement satisfaite d'elle-même sur le plan esthétique.

Séances 10 à 15: Par rapport aux séances passées, Mme W. n'oppose plus ou très peu de résistances pour venir à l'atelier. La plupart du temps, elle m'attend et se tient prête à partir. Elle verbalise de plus en plus le plaisir ressenti lors de sa pratique et exprime le souhait de conserver son travail et de l'accrocher au mur de sa chambre une fois terminé. Les différents membres de l'équipe de soin et d'encadrement de l'E.H.P.A.D. me confient que Mme W. parle de l'art-thérapie à tout le monde.



Figure 2: Travail de Mme W. achevé en séance 12. Acrylique sur toile, 24x32cm environ.

Pendant ces séances, j'observe que des tremblements se manifestent de plus en plus jusqu'à devenir très importants lors des séances 11 et 12. Je cherche à comprendre leur nature. Ces tremblements interviennent lorsque Mme W. est au plus fort de l'intensité de son activité. Je suppose qu'ils sont la manifestation d'un mélange d'excitation et d'angoisse. Une nervosité que Mme W. se crée au moment de peindre. J'ajoute comme objectif intermédiaire de réguler l'activité artistique, afin de diminuer les tremblements qui entravent l'atteinte de l'idéal esthétique chez Mme W. A partir de la séance 12, je mets en place des temps de relaxation qui

consistent à poser le pinceau et à boire un peu d'eau ou à se recentrer sur sa respiration. Ces temps de relaxations ont pour effet de diminuer les tremblements.

En séance 14, Mme W. est dans un mauvais jour. Elle manifeste quelques plaintes et une envie amoindrie en début de séance. Mais une fois à l'atelier, elle fait preuve de beaucoup d'investissement et impose ses idées. Cette baisse d'humeur n'est sans commune mesure avec celles que nous connaissions en début de prise en charge deux mois plus tôt. D'ailleurs, en fin de séance, Mme W. cote 5/5 le "Bon" dans son autoévaluation et exprime sa surprise "d'être là".

Enfin, en séance 15, nous terminons le travail en cours, en première partie de séance, puis nous discutons pendant le temps du séchage où nous échangeons sur l'évolution de la prise en charge.

- b. La stratégie thérapeutique va aider à déterminer les faisceaux d'items recensés sur la fiche d'observation.

En vue des objectifs thérapeutiques, nous avons élaboré une stratégie.

La fiche d'observation va nous aider à évaluer si la mise en œuvre des effets de l'art permet d'atteindre ou d'approcher les objectifs.

Le choix des faisceaux d'items s'appuie donc sur la stratégie thérapeutique.

Pour faciliter la lecture des évaluations, je choisis de coter autant que possible tous les faisceaux d'items de 1 à 5.

Certains faisceaux d'items permettent d'évaluer la manifestation ou non de la volonté esthétique de la personne:

- Le faisceau d'items "initiatives" permet d'évaluer quantitativement le nombre d'initiatives prises par la personne au cours de la séance. Plus la personne prend d'initiatives (en fonction de ses capacités), plus cela marque son investissement et son intérêt pour l'activité. Le faisceau est coté de 1 (aucune) à 5 (nombreuses).
- Le faisceau d'items "implication" permet d'évaluer qualitativement le degré d'implication de l'activité. Il est coté de 1 (passivité totale) à 5 (initiatives).
- "posture" est coté de 1 (inadaptée) à 5 (dynamique).

Il en va de même pour les faisceaux "concentration", "trace", "couleurs", "formes", "rythme", "dextérité", etc.³⁰

Ces faisceaux d'items sont autant d'éléments qui permettent l'évaluation quantitative ou qualitative de l'implication physique et mentale de la personne.³¹

Nous les répertorions dans la rubrique "esthétique" de la fiche d'observation.

D'autres faisceaux d'items se rapportent à l'implication relationnelle de la personne, et permettent d'en évaluer la nature et la fonction:

³⁰ cf. Annexes, *Fiche d'observation*, p.83

³¹ cf. *Tableau3: Nature de l'implication dans le phénomène artistique*, p.32

- Sous le faisceau d'items "relation", nous évaluons la qualité de la relation. Elle est cotée de 1 (absence) à 5 (relation privilégiée).
- le "mode relationnel" peut être qualifié de nature de la relation, il est coté de 1 (agressivité) à 5 (cordial). Le 3 qui sert de valeur médiane peut être qualifié dans ce cas de figure par l'indifférence.
- la "fonction relationnelle" est cotée de 1 (dépendance) à 5 (autonomie).
- La "thymie" correspond à l'attitude de l'individu du point de vue de son humeur et son affectivité. Elle est cotée de 1 (geste de mauvaise humeur) à 5 (enthousiasme).
- La parole peut être évaluée qualitativement et quantitativement. L'évaluation devra prendre en compte la nature de la parole pour déterminer si la quantité de la parole signifie une progression ou une régression.
 - La "quantité de la parole" est cotée entre 1 (inexistante) et 5 (beaucoup).
 - La "qualité de la parole" est cotée entre 1 (pathologique) et 5 (curative).
 - La nature précise de la parole peut également être mentionnée.
- Le contact physique peut être évalué en suivant le même principe que pour la parole.

Nous pouvons ajouter à cette rubrique les faisceaux d'items "sourires", "regards", "propositions", etc.

Pour cette rubrique, nous pouvons faire la distinction entre l'implication relationnelle patient/art-thérapeute et l'implication relationnelle entre patients dans le cadre d'un atelier collectif. L'art-thérapeute pourra compléter cette même rubrique à l'aide d'un code couleur afin de les distinguer.

Le cube harmonique, ou théorie des 3B*, pourra faire l'objet d'une rubrique à part entière dans la fiche d'observation. En fixant pour objectif d'aider Mme W. à revaloriser son estime de soi, l'utilisation du cube harmonique me paraît particulièrement adaptée dans l'évaluation pour deux raisons:

- La première est que cette autoévaluation constitue un moment où Mme W. estime le contenu de la séance, marque son degré d'exigence, en d'autres termes, s'estime par rapport au travail accompli. Cette autoévaluation prend tout son sens en séance 1 lorsque Mme W. confiante dit qu'elle va s'améliorer. Elle estime alors son potentiel supérieur à sa production.
- La seconde est que la cotation de chacun des 3B* constitue en elle-même un item pour l'art-thérapeute. Cette manifestation du ressenti du patient peut donner lieu à une évaluation pour l'art-thérapeute et jouer un rôle essentiel dans la thérapie.³²

c. La personnalité de Mme W. va engendrer des faisceaux d'items singuliers qui vont enrichir la fiche d'observation.

³² cf. *Le cube Harmonique est un outil d'autoévaluation qui peut permettre à la personne d'être actrice de son soin*, p.32

Si l'humanité et *la théorie de l'art opératoire*³³ permettent la mise en place de faisceaux d'items théoriques, la personnalité de Mme W. va apporter une coloration unique à la fiche d'observation. Ainsi, certains de ces faisceaux d'items permettront de repérer des sites d'actions, et d'autres d'en évaluer l'évolution.

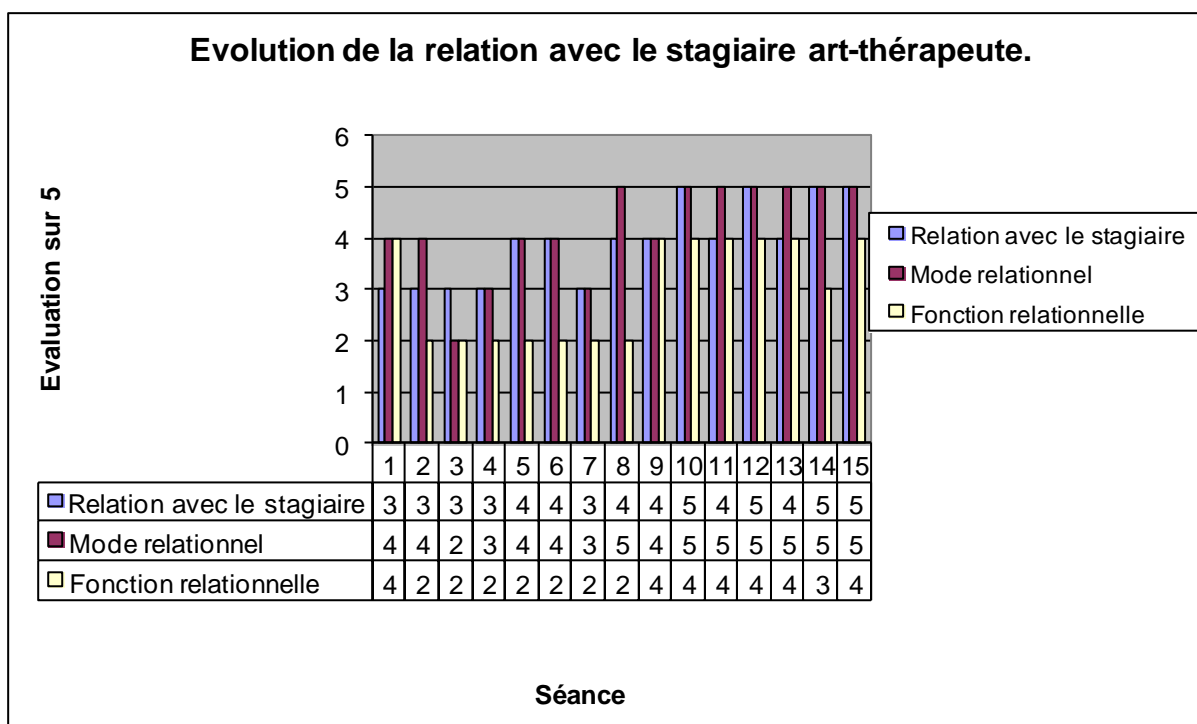
- Le faisceau d'items "tremblements" est mentionné pour la première fois en séance 9. Les tremblements existaient probablement avant mais n'étaient pas perçus comme site d'action. Malgré leur présence, Mme W. fait preuve d'une dextérité remarquable. En séance 9, Mme W. rit de ses tremblements et les tourne en dérision. Il apparaît alors qu'ils sont une entrave à son bien-être. Au cours des trois séances suivantes, leur intensité augmente. La disparition des tremblements liés à l'activité artistique de Mme W. devient un objectif intermédiaire.
- Le faisceau d'items "propos morbides" tient compte d'un type d'expression particulier: Je remarque dès ma première rencontre avec Mme W. l'expression de propos pessimistes violents, mais n'en évalue pas la fréquence. Ces propos arrivent par vagues, qui peuvent en contenir deux ou trois, ou beaucoup plus. Je n'ai pas fixé d'objectif intermédiaire concernant le site d'action. Je l'identifie comme étant lié au manque d'estime de soi qui constitue le premier objectif principal. Je note simplement la présence d'au moins une à deux de ces "vagues" par rencontre jusqu'en séance 8 incluse. Cependant, en séance 9 ces propos brillent par leur absence.
- Le faisceau d'items "verbalisation du plaisir": En séance 1 et 8 nous avons pratiqué des exercices dirigés et semi-dirigés en vue d'acquérir de la technique. A partir de la séance 9, nous essayons de mettre cette technique en pratique par l'élaboration d'un premier travail qui se déroulera sur plusieurs séances. En séance 10, Mme W. verbalise spontanément le plaisir qu'elle ressent par rapport à la mise en œuvre de sa production. A l'instar du faisceau d'items "propos morbides", je mentionne simplement dans la fiche d'observation, sans l'évaluer, la présence ou non de cette "verbalisation du plaisir" pendant la séance.

4. Au regard des objectifs, les outils d'évaluation nous permettent d'analyser les faisceaux d'items relevés par le stagiaire.

- a. Les capacités relationnelles de Mme W. s'éveillent sous l'impulsion de la prise en charge.

³³ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.47

Voici le relevé d'évaluations concernant les principaux faisceaux d'items relatifs à la rubrique "implication relationnelle":



Le faisceau d'items intitulé "relation avec le stagiaire" indique la qualité de la relation. Il est évalué entre 3 et 4 en première moitié de prise en charge, pour passer de 4 à 5 ensuite. La valorisation par l'activité artistique permet à Mme W. d'enrichir ses capacités relationnelles.

Le "mode relationnel" indique la nature des échanges. Là aussi, nous observons un changement assez révélateur à partir de la séance 8 (S8). Durant la première période, Mme W. exprime surtout sa souffrance, son mal-être et ressasse les moments les plus noirs de son existence. En S8, nous débutons l'activité artistique. Aussitôt la relation devient beaucoup plus cordiale entre Mme W. et le stagiaire. Ceci est principalement dû au fait que grâce aux pouvoirs de l'art, Mme W. pense moins au passé et s'encre d'avantage dans le présent pour se consacrer à la réalisation de son travail.

La "fonction relationnelle" indique le degré d'autonomie. Là aussi nous observons deux phases: Tant que nous restons dans l'échange verbal, Mme W. campe sur une position de spectatrice de la fatalité contre laquelle elle ne peut rien. La relation sert surtout à lui donner l'occasion de se plaindre. Dans la deuxième phase, Mme W. s'investit d'avantage dans la relation. Elle exprime toujours ses craintes, mais affirme aussi sa personnalité en faisant des propositions.

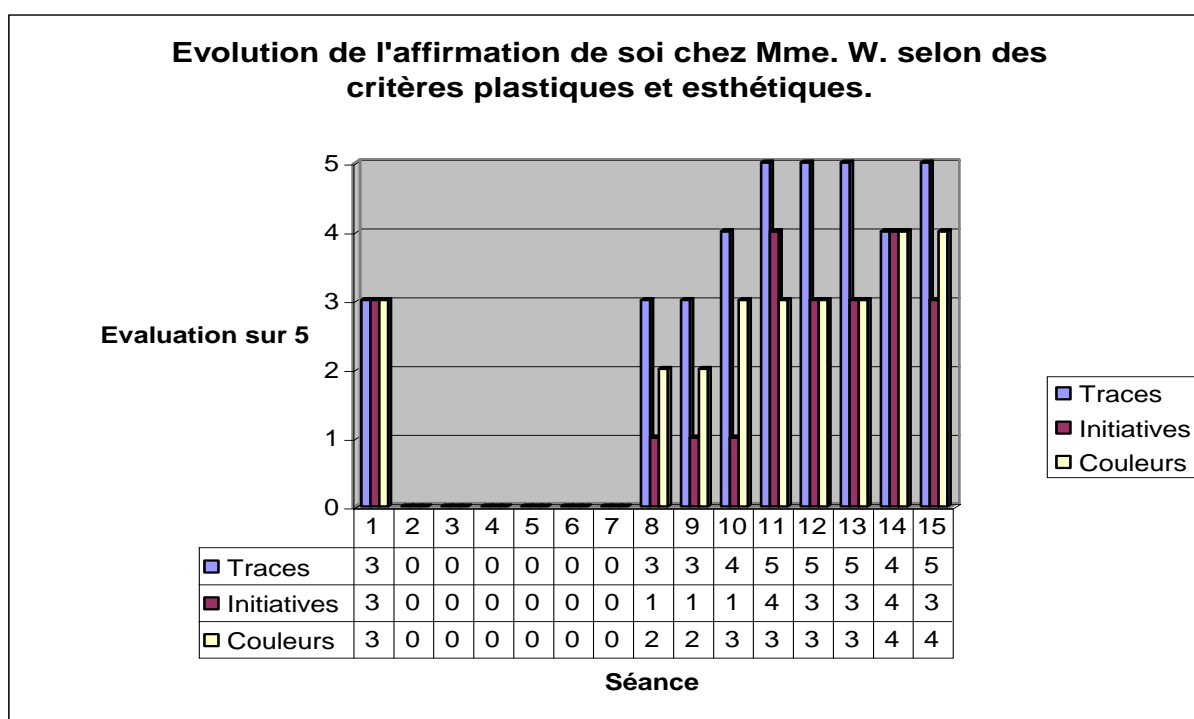
Ce graphique, qui permet d'évaluer l'évolution de la relation entre Mme W. et le stagiaire met en évidence deux phases distinctes. La première se situe entre S1 et S8, où après une première séance prometteuse, certains phénomènes associés empêchent la mise en place du travail plastique. La deuxième phase, entre S9 et S15, marque la reprise de l'activité artistique et donc la possibilité de l'exploitation du pouvoir de l'art.

A partir de la séance 9, un nouveau seuil semble atteint. Plus aucun faisceau d'items n'est évalué en dessous de 3. Nous pouvons en outre calculer la cotation moyenne pour chacune des phases: elle est de 3.08/5 en phase 1 et passe à 4.42/5 en phase 2. Ces résultats sont significatifs et montrent un changement d'état de l'implication et de l'exploitation des capacités relationnelles de Mme W.

De plus, les résultats obtenus tendent à indiquer qu'au-delà de la relation en elle-même, c'est bien l'exploitation de l'activité artistique qui va déclencher ce changement.

- b. L'idéal esthétique de Mme W. l'anime et lui permet d'améliorer sa confiance en soi et son affirmation de soi.

Le graphique qui suit présente un relevé de différents faisceaux d'items concernant l'implication esthétique de Mme W.:



Etant donné qu'il n'y a pas eu d'activité plastique entre S2 et S7, les faisceaux d'items concernés par cette rubrique n'ont pu être évalués durant cette période.

Le faisceau d'items "traces" indique la qualité de l'engagement déployé par Mme W. sur sa production. Ainsi, une trace peut être réalisée de façon totalement autonome (5), encouragée par l'art-thérapeute ((4) et (3) en fonction de l'intensité de l'encouragement), accompagnée physiquement par l'art-thérapeute (2) ou absente (1). L'absence de trace peut traduire un manque d'intérêt pour l'activité ou un manque d'affirmation de soi. La trace autonome traduit à l'inverse un acte volontaire dirigé vers l'esthétique, donc une affirmation de soi.

"Initiative" indique la quantité d'initiatives prise par la personne durant la séance. Ce faisceau d'items permet d'évaluer l'évolution de l'implication de la personne pour l'activité.

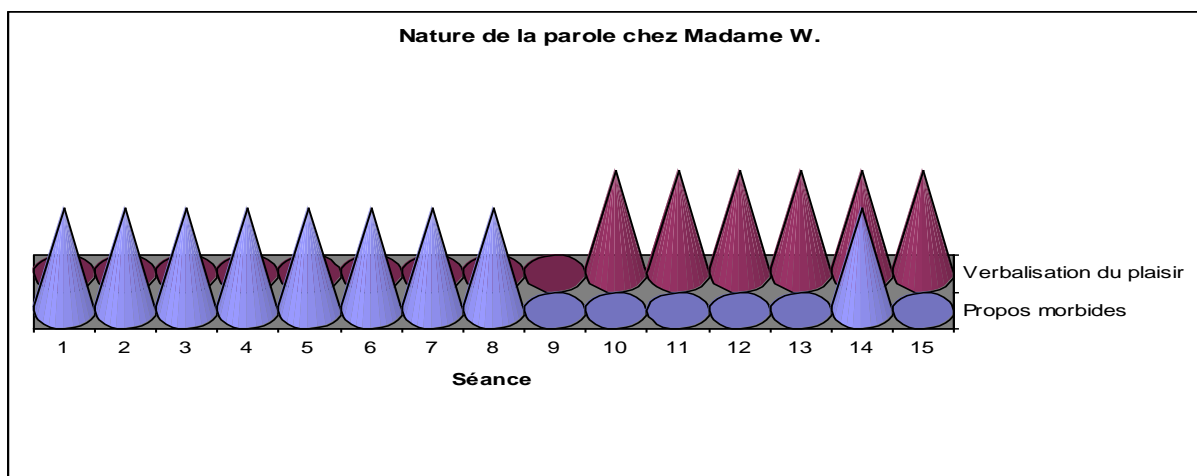
"Couleurs" indique le degré de sophistication technique dans l'utilisation des couleurs. Plus la personne est exigeante, plus elle fait preuve d'implication.

Ces trois faisceaux d'items sont autant de caractéristiques esthétiques donnant à observer l'affirmation de la personne.

En lisant ce graphique, nous constatons une augmentation successive des cotations concernant ces faisceaux d'items. Cette dynamique tend à révéler une évolution positive de la confiance en soi de Mme W. Cependant, même si la tendance est positive, les valeurs relevées en S15 sont encore relativement faibles. Mme W. prend encore peu d'initiatives et a donc toujours besoin d'être encadrée.

- c. Certains faisceaux d'items relevés par le stagiaire révèlent que la nature de la parole de Mme W. change de manière significative.

Le graphique suivant indique la nature de la parole de Mme W. au cours des séances d'art-thérapie:



Il est question d'indiquer simplement la présence ou l'absence de deux thèmes de paroles récurrents employés par Mme W.

Le faisceau d'items "propos morbides" recense la présence d'expressions péjoratives telle que "j'attends la mort", "j'espère que je vais mourir bientôt", "qu'est ce que ça peut faire", etc.

Le faisceau d'items "verbalisation du plaisir" recense quand à lui l'expression de la satisfaction de Mme W. au regard de sa production et son envie d'assister aux futures séances. La notion de plaisir était totalement absente du discours de Mme W. en début de prise en charge.

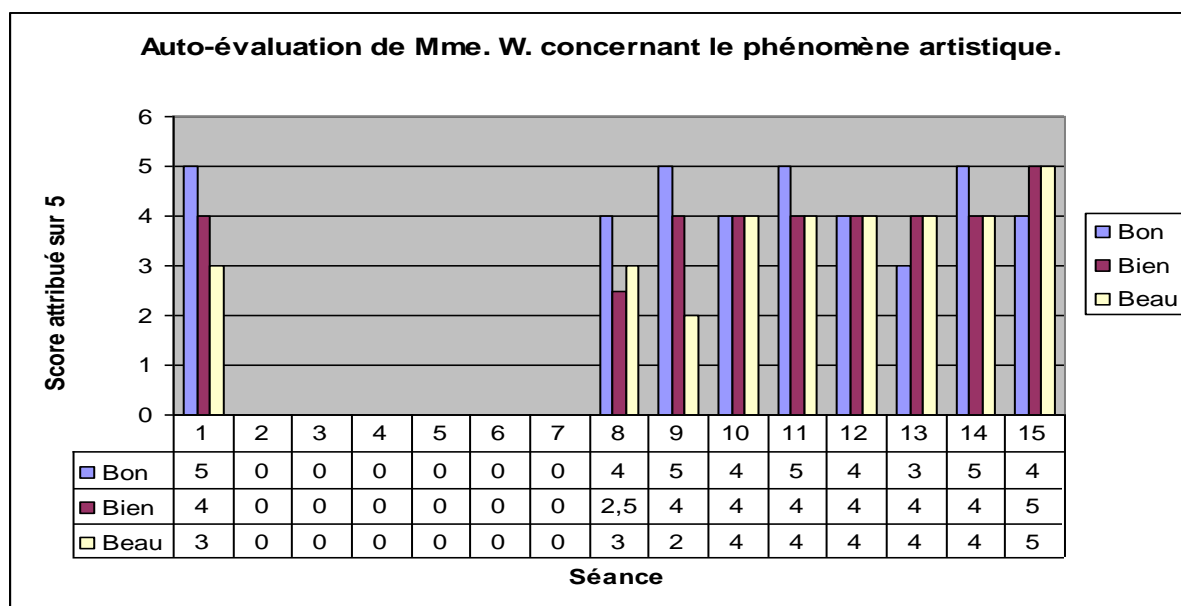
Ce graphique met en évidence le changement de la nature de la parole de Mme W. Une fois de plus, nous remarquons que cette évolution coïncide avec la mise en place effective de l'activité artistique.

En S9, il n'apparaît ni propos positifs, ni propos négatifs. Notons qu'il s'agit aussi de la première séance dont assiste la petite-fille de Mme W.

En S14, réapparaît le faisceau d'items "propos morbides". Une heure avant la séance, la psychologue fait passer un G.D.S.³⁴ à Mme W. Cette évaluation comporte des questions telles que "Pensez-vous que la vie vaut la peine d'être vécue?" et peut influencer sur l'humeur de la personne. Après le test, le psychologue s'entretient avec elle pour s'assurer de ne pas la laisser en état de choc.

- d. L'autoévaluation effectuée à la fin de chaque séance donne également lieu à une analyse.

Le graphique qui suit transpose l'autoévaluation de Mme W. à la fin de chaque séance:



Comme pour les faisceaux d'items concernant la rubrique *implication esthétique*, aucune évaluation n'a pu être menée entre S2 et S7.

En regardant l'évaluation du "Bon", nous pouvons constater que Mme W. passe dans l'ensemble des séances un moment agréable. On remarque toutefois qu'en S13, ce faisceau d'items est estimé à 3. Mme W. précise que cela est dû au fait que le travail est plus difficile. En effet, Mme W. est très exigeante envers elle-même. A la fin de son travail précédent (S12), qui était remarquable, elle n'a évalué son travail que d'un "4" dans chaque item. Afin de renforcer d'avantage l'estime de soi dans le travail suivant, j'ai décidé d'augmenter légèrement la difficulté. Le travail étant plus difficile en S13, Mme W. estime avoir passé un moment moins agréable, ce qui est tout à fait cohérent. De plus, cette stratégie s'est avérée concluante puisque nous pouvons constater qu'à la fin de ce travail, en S15, Mme W. évalue pour la première fois une de ces réalisations à "5" dans la qualité de la réalisation technique (Bien) et "5" dans le plaisir esthétique (Beau).

³⁴ cf. annexes, *Geriatric Depression Scale*, p.82

Soulignons la cotation du Bien à 2,5 en S8. Cette recherche de précision de la part de Mme W. révèle son degré d'implication et le côté ludique de l'autoévaluation.

Nous observons en analysant l'implication relationnelle et esthétique que Mme W. gagne en affirmation de soi, nous constatons avec l'évolution des 3B que son estime de soi tend à s'améliorer.



Figure 3: Travail de Mme W. achevé en séance 15, acrylique sur toile, 40x30cm environ.

B. Madame R. est indiquée en art-thérapie, car l'équipe de soin constate des phases d'apathie de plus en plus préoccupantes.

1. L'anamnèse révèle que la vie de Mme R. a basculé suite à un AVC*. ischémique.

Mme R. a été admise à l'USLD* suite à la survenue brutale d'un AVC* ischémique provoquant des lésions cérébrales ainsi qu'une hémiplégie gauche avec syndrome pyramidal homolatéral. Depuis, son état fluctue entre des épisodes d'aggravation et d'amélioration. Au départ, Mme R. ne réagissait pas à l'appel de son nom, puis au fil des jours, son état de vigilance s'est nettement amélioré. De plus, Mme R. présente une tachyrythmie et un état dépressif réactionnel (13/30 au G.D.S.). L'équipe médicale mentionne une démence légère à son sujet. Au moment du stage, Mme R. a intégré le service depuis presque deux ans.

Médication de Mme R.: *Levemir, Inexium, Hemidigoxine native, Coversyl, Ritrovil, Forlax, Paracetamol, Gaviscon, Previscan, Lasilix, Diffu K, Augmentin, Oflocet, Glucor et Effexor.*

Durant la période de stage, Mme R. a arrêté son traitement au *Glucor* et débuté la prise de *Lasilix*, *Diffu K*, *Augmentin* et *Offocet*. Les effets de ces médicaments n'ont pas eu d'influence majeure sur le déroulement de la prise en charge. *L'Effexor* a été pris de manière régulière du début à la fin de la prise en charge.

2. Un échange entre le stagiaire art-thérapeute, Mme R. et son mari a permis de fixer des objectifs thérapeutiques.
 - a. L'A.V.C. de Mme R. l'a fragilisée physiquement et moralement, ce qui a entraîné une baisse de l'estime de soi. Le mari de Mme R. m'explique le rôle fondamental qu'elle tenait au sein de sa famille.

Madame R. était une personne très active au sein de sa famille lorsque, le jour de son anniversaire, entourée de tous ses proches, elle chute sur sa terrasse, victime d'un A.V.C. Depuis son institutionnalisation, son mari lui rend visite tous les jours et se montre très attentionné. Malgré cela, Mme R. n'arrive pas à s'accommoder à la vie en institution. Au départ, l'équipe médicale pensait qu'une rééducation lui permettrait de recouvrir une partie de son autonomie et rentrer chez elle mais, avec le temps, cet objectif ne semble plus accessible. Le tempérament de Mme R. fait qu'elle ne peut se résoudre à accepter ce fait et refuse de l'entendre. Sa perte d'autonomie a entraîné une dévalorisation de sa personne, laquelle est entretenue par un état dépressif.

Mme R. est très volontaire. Quand je la rencontre et que je lui propose de participer à un atelier d'art-thérapie, elle accepte sans hésiter et aussitôt je lui présente l'activité. Nous faisons connaissance, et d'emblée, Mme W. me parle sa famille, ses enfants et petits enfants, dont elle est très fière. Les histoires s'enchaînent et Mme R. aborde des sujets variés comme le football et les voyages. Elle me parle d'une région d'ex-Yougoslavie devenue Croatie où elle est retournée de nombreuses années après avoir lié contact avec des habitants. Elle me décrit le paysage comme un lieu idyllique avec des petites maisons et un immense lac. Je lui demande de m'illustrer le paysage afin de mieux comprendre sa description, mais tout en acceptant, Mme R. reste dans la description orale. Je décide alors de tenter de reconstituer moi-même le paysage en me fiant à ses propos, espérant que cette élaboration stimule Mme R. Aussi, je me trompe volontairement de couleur, ne place pas tous les éléments au bon endroit, mais Mme R. ne réagit pas. Plus tard, elle aperçoit ma guitare et me parle d'un carnet de chant qu'elle a élaboré en rassemblant les paroles des chansons qu'elle aimait bien. Je prends la guitare et nous entamons un chant sur "Douce France" de Charles Trenet. Pendant que je joue, Mme R. fredonne puis s'arrête. Elle regarde fixement le mur, je continue de jouer et lorsque je m'arrête à mon tour, elle dit que "sa tête ne va plus". Je recopie les paroles sur une feuille et nous reprenons la chanson. Alors que j'entame une seconde fois l'air de la chanson, Mme R. ne se sert pas des paroles et fixe à nouveau le mur. En fin de séance, elle me propose de me montrer son carnet de chant qui est dans sa chambre. Je l'y accompagne mais elle ne parvient pas à le retrouver. Mme R. me fait part de son souhait de mettre en place un atelier chorale. Nous

convenons alors d'un prochain rendez-vous en atelier collectif où Mme R. apportera son carnet.

- b. Pour aider Mme R. à mieux accepter sa situation, les principaux objectifs sont de valoriser l'estime de soi en la rendant actrice de son soin à travers l'activité artistique.

Les objectifs sanitaires de l'équipe médicale concernant Mme R. sont:

- Poursuivre la rééducation de son hémiparésie gauche.
- Prévoir les chutes, car Mme R. ne parvient pas à maintenir son équilibre en position assise.
- Apporter un soutien psychologique.
- Surveiller sa tension artérielle.

Comme nous l'avons vu, l'A.V.C. de Mme R. a eu pour conséquence une perte brutale de son autonomie, entraînant une dévalorisation de l'estime de soi. Elle ne parvient pas à s'épanouir au sein du service et ne pense qu'à retourner chez elle. De plus, elle développe une légère démence ainsi qu'une légère dépression.

Nous pensons que l'investissement de Mme R. dans l'activité artistique pourrait avoir un effet positif sur sa dépression et favoriserait ainsi un maintien de ses capacités motrices et cognitives. De plus, en la rendant actrice de son soin, nous pourrions lui permettre de valoriser son estime de soi et de donner un sens nouveau à sa vie en USLD. En revigorant ainsi sa saveur existentielle, nous souhaitons rendre sa vie au sein du service plus agréable.

Les objectifs thérapeutiques sont:

- 1. Pratiquer une activité artistique adaptée permettant de valoriser l'estime de soi.
- 2. Engager la personne dans l'activité artistique pour améliorer sa qualité de vie.

- c. Au regard des objectifs, une stratégie thérapeutique a pu être élaborée.

Mme R. se sent dévalorisée par sa perte d'autonomie. Nous pouvons localiser les sites d'action qui influent négativement sur l'estime de soi de Mme R. en (3) et (4). A l'aide du (6), nous comptons proposer une action revalorisant les capacités de Mme R. afin de modifier l'état de base en (3) et (4), ce qui lui permettra de reprendre confiance en elle et d'améliorer son estime de soi.

En stimulant l'engagement (3) et (4) de Mme R. à l'aide du (1) ou (1'), nous nous fixons l'objectif de parvenir à encre son intérêt dans l'action présente afin d'atténuer le sentiment de rupture entre sa vie passée et présente.

3. Le déroulement de la prise en charge va nécessiter d'adapter la stratégie à la personnalité de Mme R.

- a. Les premières séances d'art-thérapie demandent de trouver un compromis entre les aspirations de Mme R. et leur faisabilité.

Ma rencontre avec Mme R. a permis d'orienter l'activité artistique sans toutefois révéler un véritable élément déclencheur. La prise en charge de Mme R. donne lieu à 18 séances:

En **Séance 1**, Mme R. émet le vœu de participer à un atelier chorale, ce qui nous semble être un bon point de départ pour la prise en charge.

Séance 2: Avec trois autres personnes nous démarrons notre atelier collectif à dominante chant. Après installation et présentation de la séance, je propose d'entamer un chant accompagné d'une guitare sur *Etoile des neiges*. Je distribue un exemplaire des paroles à chaque personne. Nous débutons la chanson et je m'aperçois que seul Monsieur K. et Mme R. m'accompagnent. Mme S. et Mme D. écoutent mais ne participent pas. A la fin de la chanson, M. K. qui est le seul à avoir donné de la voix dit qu'il trouve cette chanson sans intérêt. Je propose d'autres chansons populaires sans plus de succès, M. K. semble vouloir exprimer ses goûts musicaux et s'ensuit un tour de table où je demande à chacun d'exprimer ses goûts. Mme R. semble contrariée par l'attitude de M. K. qui ne veut plus chanter ce type de chanson qu'il qualifie de "gnangnan". Malheureusement, les goûts de ce dernier sont trop particuliers pour faire l'unanimité du groupe. Voyant le manque de cohésion, je poursuis l'atelier avec une discussion ouverte sur le thème de la musique. M. K., que je suis également en séance individuelle, a pris une place centrale dans l'activité et nous parle de souvenirs de jeunesse. A ma demande, il illustre ses propos par un dessin. Je propose alors à chaque participant d'illustrer une chanson ou un souvenir sur une feuille. M. K. dessine très bien et impressionne Mme R. au point que cette dernière abandonne son activité pour regarder l'évolution du dessin de celui-ci. Malheureusement, cette attention exaspère M. K. qui entre dans une colère et quitte l'atelier. Le bilan de cette séance n'est pas très positif mais je m'aperçois à cette occasion que Mme R. a besoin de plus d'attention et valorise le travail des autres au détriment du sien par manque d'estime de soi. Je décide de réorienter la prise en charge de Mme R. sur des séances individuelles jusqu'à ce qu'elle acquiert suffisamment d'assurance et d'intérêt pour son propre travail lui permettant de gagner en autonomie.

Séances 3 et 4: Nous travaillons sur le chant et l'apprentissage des paroles de *Douce France* de Charles Trenet. Afin d'aider à la mémorisation, nous entreprenons un travail d'écriture des paroles et nous discutons sur ce qu'elles lui évoquent. Pendant ces deux séances, Mme R. respecte les consignes mais désire tout de même reprendre un travail collectif. Nous arrivons à un compromis. Nous travaillons la technique individuellement en atelier d'art-thérapie et j'organise ponctuellement des animations chant en salle collective.

Séances 5 à 7: En S5, Mme R. ne souhaite pas reprendre la travail d'écriture car elle trouve que le résultat n'est pas satisfaisant. Je lui propose alors d'axer le travail sur la calligraphie pour rendre son écriture plus esthétique, mais Mme R. voit les premiers travaux des autres patients que j'ai accroché au mur et souhaite elle aussi s'essayer à la peinture. Elle prend visiblement plus de plaisir dans cette activité et le verbalise. Elle souhaite poursuivre cette activité pour la séance suivante. Il semble que le plaisir ressenti lors de l'activité (le Bon), soit lui-même l'élément déclencheur que je cherchais à provoquer.

En S6 et S7, Mme R. poursuit l'élaboration de sa peinture avec le même plaisir. La nature de parole évolue. Elle aborde moins le thème de la famille pour se recentrer sur l'activité et avoue apprécier le fait de peindre "contre son attente". Elle termine son premier travail qu'elle qualifie de "réussite" et décide de l'accrocher dans sa chambre.



Figure 4: Travail de Mme R. terminé en séance 7, Gouache sur papier, 24X32cm.

Séances 8 à 10: Durant cette période Mme R. se plaint qu'elle ne dort pas. Son état influe sur la qualité de son humeur ainsi que sur sa concentration. Des moments d'absences viennent ponctuer la séance, à la suite desquels Mme R. semble passer par une phase d'Art I, c'est à dire une phase de recherche de plaisir archaïque sans que l'acte n'ait de réelle intention esthétique.³⁵ Cette situation semble s'aggraver de manière spectaculaire jusqu'en S10 où malgré la présence matérielle du travail, il est impossible de garder un fil conducteur. Exemple: Mme R. veut dessiner une fleur. Au bout de quelques coups de pinceaux, en rapport avec la couleur qu'elle a choisit, sa fleur devient un fruit, puis en fonction de la forme qu'elle dessine, le fruit devient un insecte. Mme R. s'arrête, regarde sa production et me demande: "qu'est-ce que c'est?". J'assiste alors à un pic des troubles du comportement dû à la démence.

³⁵ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.55-56.

Séances 11 à 15: Par rapport aux événements des séances précédentes, le pic semble passé et l'activité reprend son cours, nous élaborons un nouveau travail et Mme R. renoue avec le plaisir que lui procure l'activité. Elle se "surprend à avoir de l'imagination". Malgré son hémiplégié, Mme R. dessine une scène dans le coin inférieur gauche de la feuille. Il semblerait que la volonté esthétique dont fait preuve Mme R. ait une influence positive sur sa représentation spatiale. Plus tard, je montre la peinture à l'ergothérapeute qui prend également en charge Mme R. Elle estime le résultat remarquable et sans précédent. De plus, elle me relate que Mme R. n'a de cesse d'exprimer sa fierté par rapport à ses tableaux.



Figure 5: Travail effectué par Mme R. de la séance 11 à la séance 14, Gouache sur papier, 24x32cm.

Séances 16, 17 et 18: En S16, Mme R. se présente à la séance avec le moral en berne. Elle sort d'une séance de kinésithérapie où elle a appris qu'elle ne marcherait plus. Ce n'est pas la première fois, mais Mme R. semble ne pas intégrer cette information. A la fin de la séance, elle emporte son travail terminé en S15 avec l'intention de l'offrir à son petit-fils. Sur le chemin du retour, nous croisons un groupe d'aides-soignantes qui ne manquent pas de féliciter Mme R. pour son travail accompli. Ce à quoi elle répond: "heureusement qu'il y a aussi des choses positives".

En S17, Mme R. débute la séance insatisfaite de son travail en cours, mais en fin de séance, avec le recul, elle se dit plus satisfaite.

En S18, nous terminons le travail en cours, puis nous clôturons la prise en charge en faisant un bilan et discutant autour de sujets tel que la vie à l'hôpital et les actualités.

- b. La stratégie thérapeutique permet de déterminer les faisceaux d'items recensés sur la fiche d'observation.

Pour évaluer si l'estime de soi de Mme R. s'améliore ou non, nous incorporons à la fiche d'observation les faisceaux d'items tels que "trace", "rythme", "dextérité", "initiatives" dans la rubrique "Implication esthétique".³⁶ Ils vont nous permettre d'observer si l'affirmation de soi et la confiance en soi de Mme R. évoluent sous l'effet de la prise en charge.

De même, le cube harmonique nous paraît être un bon moyen d'observer la tendance de l'évolution de l'affirmation de soi, la confiance en soi et l'estime de soi chez la personne.³⁷

En ce qui concerne l'évaluation de l'engagement de Mme R. dans l'activité artistique, nous allons intégrer à la fiche d'observation les rubriques "implication esthétique" et "implication relationnelle".

De plus, pour constater les effets positifs du pouvoir de l'art sur le quotidien de Mme R., nous allons recenser les témoignages de l'équipe de soin et de sa famille sous l'intitulé "autres faits remarquables" dans la rubrique "production".

- c. La personnalité de Mme R. va apporter d'autres faits observables.

Je remarque dès notre premier entretien que Mme R. a tendance à dénigrer ses capacités.

Aussi je décide, dès la première séance, de quantifier le nombre de fois où elle verbalise ce manque d'estime envers elle-même et le nombre de fois où elle se réfugie dans la parole au moment de passer à l'action.

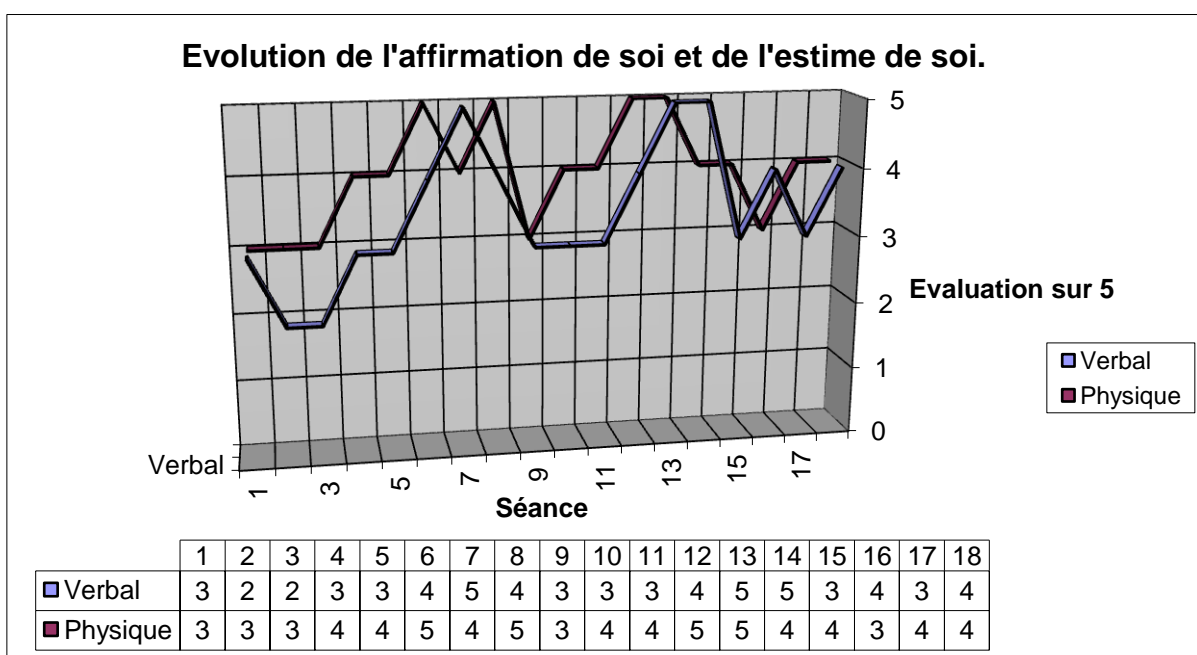
J'ajoute une sous-rubrique dans la partie "nature de la parole", que j'intitule "manque de confiance".

- J'intitule "verbal" le faisceau d'items relatif à la verbalisation d'appréciations négatives. Pour respecter la logique de l'évaluation, je cote 1 lorsque Mme R. exprime beaucoup de paroles dénigrant ses capacités, 2 lorsqu'elle exprime quelques paroles, 3 équivaut à "peu de paroles", 4 à une seule et 5 à absence de dévalorisation pendant la séance.
- J'intitule "physique", les moments où Mme R. met en place un mécanisme de défense qui consiste à se réfugier dans la parole au moment de laisser son empreinte. Je cote 1 pour l'absence totale d'activité artistique, et jusqu'à 5 lorsqu'elle passe beaucoup à l'action sans mettre en place ce mécanisme. En effet, au début de la prise en charge, il est fréquent de constater que Mme R. lance un sujet de conversation au moment où elle doit se mettre à chanter, ou pose son pinceau au moment où elle est à moins d'un centimètre d'imprimer une trace sur la feuille.
- Le faisceau d'items "famille" consiste à relever dans la fiche d'observation lorsque Mme R. évoque sa famille ou des souvenirs relatifs à sa famille.

³⁶ Cf., *La stratégie thérapeutique va aider à déterminer les faisceaux d'items recensés sur la fiche d'observation*, p.47

³⁷ Idem, p.48

- Le faisceau d'items "douleur" permet de recenser le nombre de séances où Mme R. exprime de la douleur.
 - Le faisceau d'items "plaisir" consiste à relever de la même manière lorsque Mme R. évoque spontanément le plaisir que lui procure l'activité artistique.
4. Au regard des objectifs, les outils d'évaluation nous permettent d'analyser les faisceaux d'items relevés par le stagiaire.
- a. L'épanouissement des capacités esthétiques de Mme R. par la pratique de la peinture lui donne accès à une revalorisation de l'estime de soi.



Ce graphique marque l'évolution des faisceaux d'items "manque de confiance". La cotation 1 signifie une forte présence de dévalorisations et de mécanismes de défense, et la cotation 5 marque leur absence. La dévalorisation des capacités est associée à l'estime de soi, les mécanismes de défense à l'affirmation de soi.

Ce graphique permet de mettre en évidence un lien entre l'idéal esthétique et la prise de confiance de Mme R.

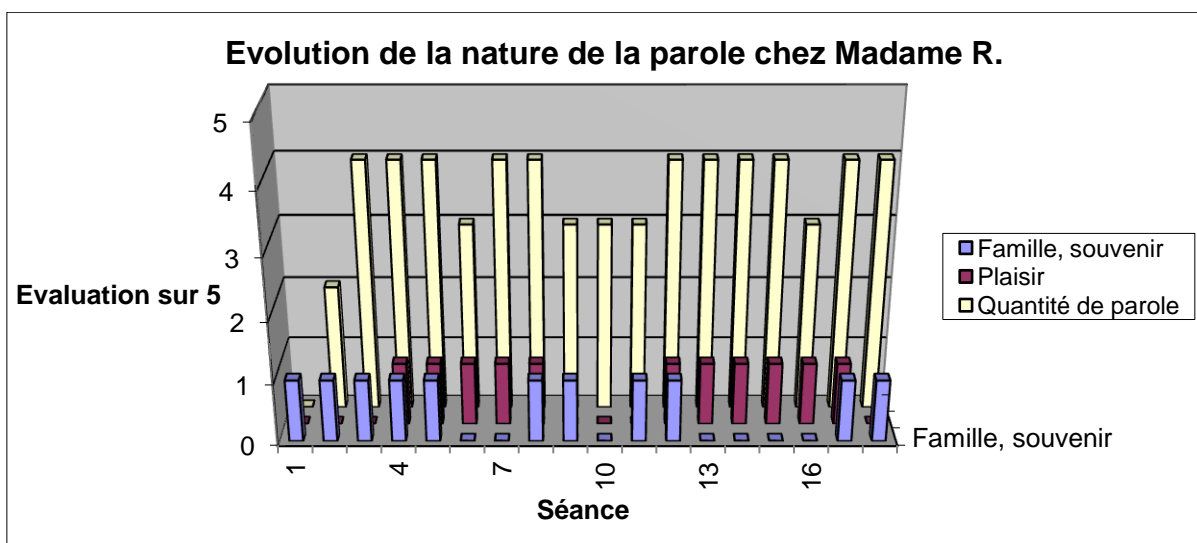
En effet, ce graphique qui paraît en dents de scie marque cinq phases:

- De S1 à S4, correspond au début de la prise en charge où nous n'avons pas encore réussi à révéler un élément déclencheur.
- De S5 à S8, marque la découverte de la pratique de la peinture et l'engouement de Mme R. pour cette activité.
- De S9 à S11, est la période où Mme R. se sent fatiguée et où ses absences nuisent à l'atteinte de son idéal esthétique. Durant cette période, nous ne parvenons pas à maintenir de fil conducteur à l'activité.

- De S12 à S14, la poursuite du travail commencé en S11 marque une période où Mme R. est fière de sa réalisation.
- De S15 à S18, au moment où nous entamons une nouvelle réalisation, l'estime de soi de Mme R. chute à nouveau. Elle a besoin d'apprécier le résultat de son travail pour croire en ce qu'elle produit. Si nous constatons que la recherche de l'idéal esthétique lui permet de prendre confiance en elle, nous observons par la même occasion que son estime de soi n'est pas encore suffisante pour lui permettre de maintenir ce degré de confiance en ses capacités.

Toutefois, en S16, lorsque son moral est affecté par la prise de conscience qu'elle ne marcherait plus, nous nous apercevons que le faisceau d'items "verbal", qui aurait pu logiquement chuter à 2 comme en début de prise en charge, remonte à 4. En effet, au lieu de se dévaloriser, Mme R. se sert de l'activité artistique pour aller de l'avant. Comme elle le dit elle-même en fin de séance: "heureusement qu'il y a aussi des choses positives".

- b. L'engagement de Mme R. dans l'activité lui permet de s'inscrire dans le présent, ce qui s'exprime par une modification de la nature de la parole.



Ce graphique propose de relever la quantité et la nature de la parole de Mme R. lors des séances. La quantité de parole est coté de 1 à 5, tandis que les thèmes de paroles relatifs à la famille et au plaisir lié à l'activité artistique sont coté 1 ou 0 en fonction de leur présence.

Nous observons une alternance entre les deux thèmes de parole que nous pouvons découper en cinq phases. Elles correspondent approximativement à celles repérées lors de l'analyse des items précédents.

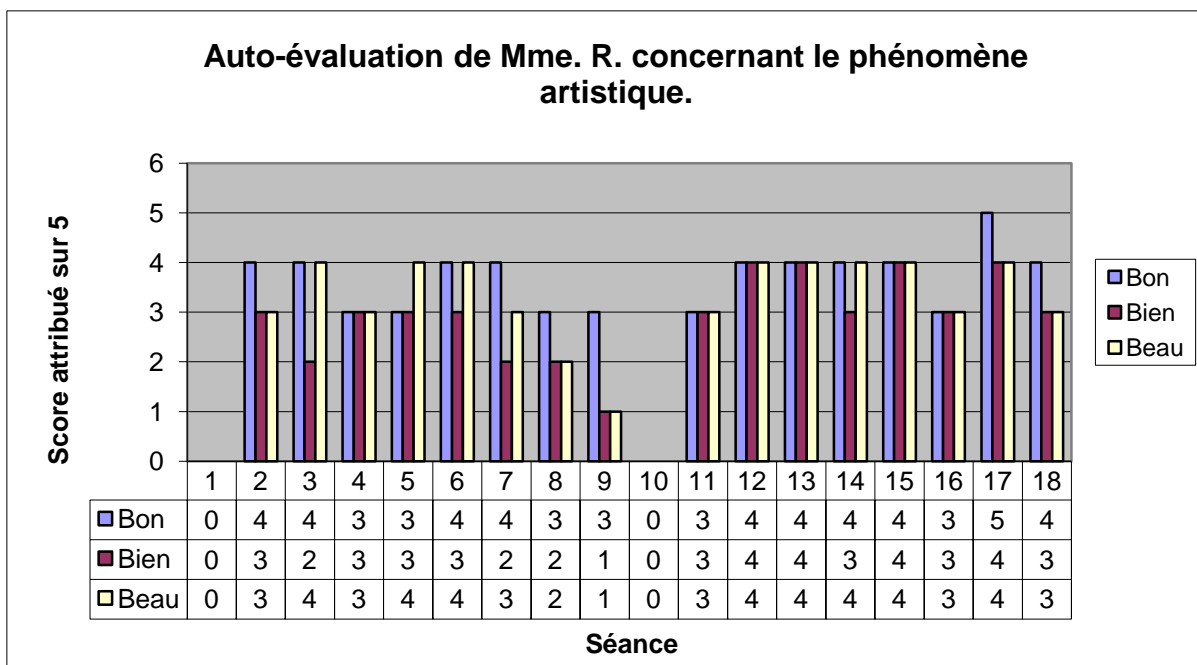
En S10, nous remarquons une diminution de la quantité de la parole, mais surtout l'absence des thèmes de parole les plus récurrents de Mme R. En effet, les troubles amnésiques de Mme R. sont tels, que ses sujets de conversations semblent ne pouvoir se baser que sur ses impressions les plus immédiates.

Nous identifions également des séances où les faisceaux d'items "famille" et "plaisir" cohabitent (S4, S5, S8, S12, et S17). Ces périodes semblent charnières entre les différentes phases.

La nature de la parole évolue en fonction de l'intensité de l'activité artistique. Dans les phases où la tension esthétique est moindre, Mme R. parle d'avantage de sa famille et de son passé. L'activité artistique permet à Mme R. de s'engager dans le moment présent. Ses paroles sont alors en relation avec ce qui est en train de se passer.

Par ailleurs, plusieurs témoignages attestent que Mme R. parle beaucoup de son activité au sein de l'atelier d'art-thérapie, ce qui montre que la tension esthétique se maintient hors de l'atelier et constitue un élément moteur dans la vie de Mme R.

- c. L'autoévaluation de Mme R. montre une tendance à l'amélioration de l'estime de soi.



En S1 et S10, l'autoévaluation des 3B n'a pas été réalisée. En S1, je n'avais pas encore mis en place l'auto-évaluation. En S10, l'apathie de Mme R. est telle, qu'elle n'est pas en mesure d'effectuer l'autoévaluation.

Les séances 8, 9 et 10 sont particulières et font état d'une baisse de performances dû à la fatigue et la désorientation de Mme R. Nous observons en S8 et S9, que l'évaluation chute progressivement. Cependant, le Bon est maintenu à 3. Il semblerait que si Me R. évalue le résultat de son travail à la baisse (le Bien et le Beau), le plaisir procuré par l'activité en elle même (le Bon) est conservé.

En ce qui concerne la deuxième moitié du graphique, nous observons que le Bien qui était coté 3 au mieux, oscille désormais entre 3 et 4. Cette tendance montre que Mme R. est d'avantage satisfaite sur le plan technique et que sa confiance en soi progresse durant cette période.

Cette observation est aussi valable pour le Bon qui se stabilise autour de 4 en deuxième partie de prise en charge avec un pic à 5 en S17 qui confirme la tendance.

En revanche, le graphique ne nous donne pas suffisamment d'informations pour évaluer le Beau qui oscille toujours entre 3 et 4. En moyenne, la tendance est à la hausse mais pas de manière réellement significative.

C. Les différents cas étudiés nous amènent à établir des bilans personnalisés.

1. L'étude de cas réalisée avec Mme W. nous permet de dresser un bilan positif du déroulement de sa prise en charge.

Lorsque nous l'avons rencontré, Madame W. ne manifestait plus grand intérêt pour la vie. Elle ressassait sa vie passée les larmes aux yeux et pestait contre la fatalité.

A ce stade, elle ne voulait surtout pas entendre parler d'activité artistique. Au bout de quelques visites et de quelques échanges, elle accepte finalement la prise en charge.

L'idéal esthétique, qui se manifeste très tôt chez Mme W., suffit en lui-même à redonner du sens à sa vie. Elle choisit un thème, un modèle de fleur parmi d'autres et commence à s'affirmer, à devenir plus exigeante: "ce vert est trop foncé", "j'aimerais que le rouge soit plus éclatant". D'une personne qui ne voulait pas assister aux séances quelques semaines durant, nous sommes passés à une personne qui se laissait plus facilement tenter, puis finalement qui attendait le début de la séance dans sa chambre déjà presque prête à partir. Madame W. est à nouveau animée par quelque chose, elle se projette d'une séance à l'autre. Elle se concentre désormais sur la difficulté de sa tâche présente et à venir, et non plus sur les difficultés de sa vie passée, comme l'indique l'évolution de la nature de sa parole. Les séances d'art-thérapie ont permis de revigorer sa saveur existentielle.

De même, l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi ont progressé. Mme W. est fière de son travail. D'ailleurs ses travaux, qu'elle pensait offrir à sa famille au départ, sont aujourd'hui fièrement accrochés sur les murs de sa chambre.

Cependant, l'objectif n'est pas totalement atteint. La survenue de certains faisceaux d'items relatifs à sa nervosité en atteste. L'estime de soi a progressé, mais la fin du stage a mis un terme brutal à cette évolution.

Une prise en charge collective aurait pu être envisagée pour poursuivre l'atteinte des objectifs. D'ailleurs, suite à l'intervention et aux conseils du stagiaire, Mme W. s'est remise à participer aux animations collectives. Avec l'animatrice, nous avons essayé de mettre en place le maintien de la pratique d'une activité artistique après mon départ, mais une ou deux tentatives plus tard, Mme W. a décidé de ne plus y assister.

Améliorer d'avantage ses capacités relationnelles et les stabiliser hors du champ de l'atelier aurait nécessité la poursuite de la prise en charge pendant au moins quelques mois, mais au regard de l'état de base, le bilan est positif.

2. Le bilan de l'étude de cas mené avec Mme R. est lui aussi positif mais plus nuancé.

Lorsque je rencontre Mme R., je vois une personne dont la perte d'autonomie a affecté son estime de soi et sa confiance en soi. Mme R. cherche à se justifier pour toutes les choses qu'elle ne peut plus faire, comme si elle craignait qu'on assimile sa dépendance à de la paresse. Elle accepte mal son état et se culpabilise.

Je ne me doute pas de la crise spectaculaire à laquelle je vais devoir faire face en milieu de prise en charge. J'essaye alors de réadapter l'activité, mais l'état de Mme R. se stabilise par lui-même presque aussitôt.

D'après l'évaluation, la thymie de Mme R. n'évolue pas de manière significative durant la prise en charge, car cette personne qui est très polie s'efforce de maintenir un bon mode relationnel quelles qu'en soit les circonstances. L'expression de son anxiété, comme celle de son plaisir passent avant tout par la parole. Au fil de la prise en charge, des sourires vont venir animer son visage, certains encouragés par la nature de la relation, d'autres laissant entrevoir sa satisfaction à l'égard de son travail. C'est l'acte de peindre en lui-même, et pour lui-même, qui va déclencher les premières gratifications sensorielles, mais l'accomplissement de sa volonté esthétique va permettre à Mme R. d'accéder à une reprise de confiance en ces capacités et une revalorisation de l'estime de soi.

La pratique de l'art, qui a favorisé le développement de ses capacités esthétiques et l'expression de ses goûts, a permis de dynamiser le quotidien de Mme R. et d'ancrer sa personnalité dans le présent. L'ergothérapeute, l'équipe de soin et surtout le mari de Mme R. témoignent de l'entretien de cette dynamique hors de l'atelier.

Le mari de Mme R., qui lui rend visite tous les jours, affirme que l'art-thérapie lui est bénéfique. Il constate que sa femme est plus alerte, que ses sujets de conversation se diversifient d'avantage et surtout que rentrer à la maison ne constitue plus pour elle une préoccupation de tous les instants. Il estime pour elle comme pour lui que l'art-thérapie a apporté un apaisement.

Le bilan de la prise en charge est positif. Cependant, une prise en charge inscrite d'avantage dans la durée aurait permis de mieux en apprécier les résultats. L'analyse nécessiterait d'être complétée en évaluant la fréquence et la durée des phases de troubles de Mme R. tout en proposant une activité adaptée à ces périodes permettant de les inscrire dans une continuité. L'art-thérapie, tout comme la kinésithérapie et l'ergothérapie, complète le programme de maintien des capacités physiques et psychiques, dans le but de préserver l'autonomie et l'intégrité de la personne.

3. Sous l'impulsion du médecin coordinateur de l'E.H.P.A.D. et avec la collaboration des psychologues, un travail a pu être mené dans le but d'objectiver les évaluations du stagiaire.

- a. Différentes échelles permettent d'évaluer les performances et le niveau de qualité de vie de la personne âgée, parmi celles-ci, la *Geriatric Depression Scale* de Yesavage retient particulièrement l'attention du stagiaire.

Il existe différentes échelles permettant d'évaluer les performances et le niveau de qualité de vie. Ces échelles sont restrictives car les critères d'évaluations demeurent complexes à établir, mais elles ont l'avantage de proposer une mesure standardisée. Parmi ces échelles, nous pouvons mentionner entre autres la *Nottingham Health Profil* (N.H.P. ou I.S.P.N. en français), le Profil de Santé de Duke, l'échelle EuroQol. Elles permettent d'évaluer la qualité de vie de la personne à un moment donné, mais, par leur complexité, rendent impossible toute tentative d'analyse de l'action d'un facteur isolé sur l'autoévaluation.

La *Geriatric Depression Scale* de Yesavage et Brink ou G.D.S³⁸. est un outil de diagnostic et de surveillance de la dépression chez le sujet âgé validé par la communauté scientifique. Le score obtenu par l'autoévaluation de la personne permet de distinguer trois paliers:

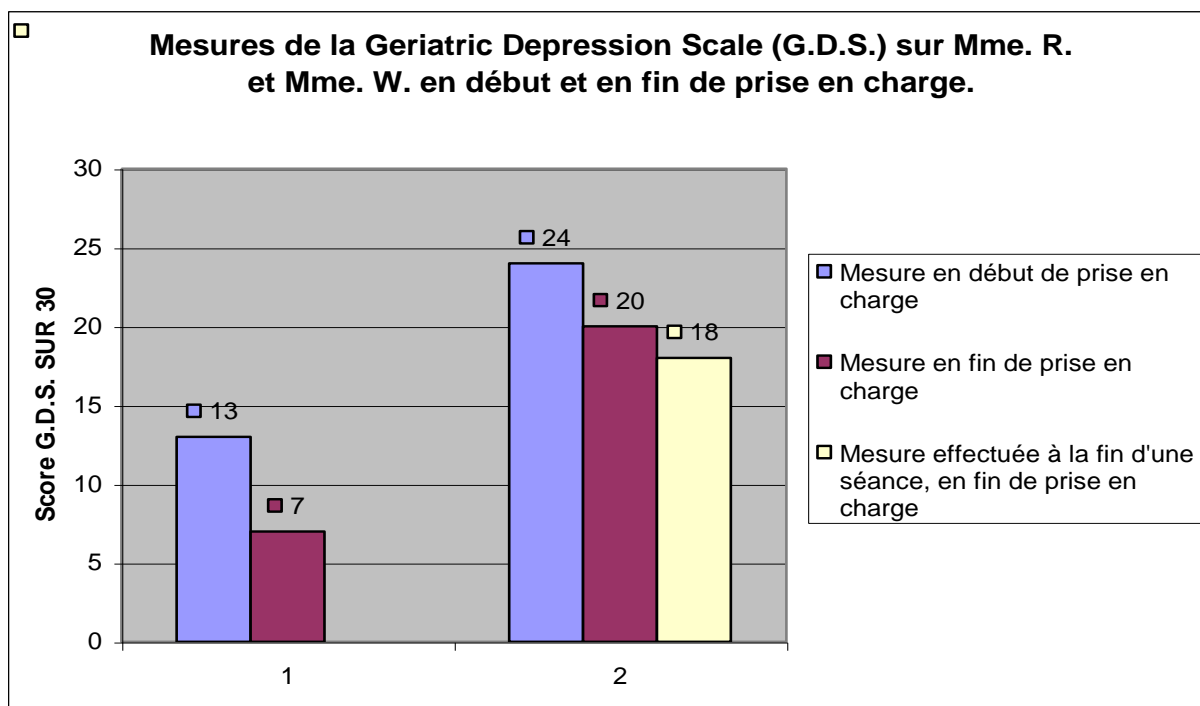
- de 0 à 9, la personne ne souffre pas de dépression.
- de 10 à 19, la personne souffre de dépression légère.
- de 20 à 30, la personne souffre de dépression sévère.

Avec l'autorisation du médecin et la participation de la psychologue, nous avons fait passer cette autoévaluation à 3 personnes en début et en fin de prise en charge, dont Mme W. et Mme R. Nous voulions:

- observer si la prise en charge avait une influence positive sur l'évolution de la dépression.
- objectiver ou nuancer les évaluations du stagiaire avec l'apport d'une donnée chiffrable et un point de vue extérieur et complémentaire.

³⁸ cf. Annexes, *Geriatric Depression Scale*, p.82

- b. Les GDS* passés par Mme W. et Mme R. en début et en fin de stage accréditent les évaluations menées par le stagiaire.



1: évolution du score de Mme R.

2: évolution du score de Mme W.

Les scores des autoévaluations de Mme R. et Mme W. passées en début et en fin de prise en charge en art-thérapie ont tous les deux diminués. Cette tendance nous permet de déduire que la prise en charge a eu un impact positif sur l'évolution de la dépression de ces personnes.

Les tests ont été effectués par une psychologue, dans les mêmes conditions en début et en fin de prise en charge (en bleu et en mauve sur le graphique).

Le score de Mme R. passe de 13 à 7, ce qui d'après les critères du test signifie que Mme R. passe d'une dépression légère à l'absence de dépression.

Le score de Mme W. passe de 24 à 20, démontrant une diminution, mais ne permettant pas, d'après les échelles, d'indiquer un changement d'état de la dépression. A ce sujet, la psychologue mentionne qu'il serait intéressant et significatif de passer le G.D.S. juste après une séance, pour en observer ou non les bénéfices immédiats sur l'humeur de Mme W. Venant de passer un G.D.S. quelques jours auparavant, elle a tout de même accepté de recommencer l'expérience. Ce dernier test a révélé un score de 18 et tend à confirmer que la séance d'art-thérapie agit positivement sur la sensation de mal-être de Mme W.

Les limites du test nous imposent de nuancer notre analyse. En effet, le G.D.S. permet de constater une diminution de l'état dépressif des personnes prises en charge entre un instant T1 et un instant T2, mais ne nous permet pas d'affirmer le maintien de ces bénéfices dans la durée. Au contraire, le stage s'étant terminé avant la fin de la prise en charge, tous les objectifs ne sont pas atteints, notamment celui visant à la stabilité des résultats obtenus. De plus, si la

diminution de l'état dépressif est avérée, le test ne nous permet pas d'affirmer que l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique en est la cause. Toutefois, la médication des patients n'ayant pas changé de manière significative en ce qui concerne les antidépresseurs et anxiolytiques, nous pouvons penser que l'art-thérapie a contribué, en complémentarité avec les autres soins, à une amélioration du bien-être de la personne. Le G.D.S. venant objectiver les analyses du stagiaire, nous pouvons confirmer que l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut améliorer la qualité de vie d'une personne âgée dont la vie en institution est une souffrance.

Troisième Partie : L'art-thérapeute doit apprécier continuellement les parts d'objectivité et de subjectivité engagées au cours de la prise en charge.

Un des buts de notre expérience pratique était de mettre en application le bagage théorique amassé durant les deux années d'études écoulées:

- détermination d'un projet thérapeutique appliqué à un cas précis.
- élaboration d'une stratégie adaptée en vue d'atteindre les objectifs fixés.
- mise en place d'un protocole de prise en charge thérapeutique.
- analyse des évaluations obtenues.

La rigueur de l'enseignement proposé par l'AFRATAPEM*, puis relayé par la Faculté de Médecine François RABELAIS de TOURS, nous a permis de réaliser cette expérience en préservant à chaque instant un cadre respectueux et sécurisé envers les résidents et patients concernés.

Une prise de recul sur l'ensemble des évènements qui se sont produits lors du stage nous permet à présent de considérer l'enrichissement par la pratique de ce versant théorique.

A cet égard, mon attention se focalise tout particulièrement sur les études de cas en elles-mêmes. En effet, chaque étude a mis en avant un élément central ne pouvant être théorisé: la personnalité du sujet pris en charge. Etant au cœur de la thérapie, cette dernière demande à l'art-thérapeute une attention et une adaptabilité de tous les instants.

Dans le but de permettre à la personne d'accéder au bien-être, sinon au mieux-être, l'art-thérapeute va devoir composer avec une multitude de facteurs imprévisibles rendant chaque prise en charge unique.

Si ce défi permanent nous renvoie à l'aspect peut-être le plus stimulant de l'exercice de cette profession, qu'en est-il de la part d'objectivité permettant d'en valider les bénéfices dans le cadre d'un programme de soin?

Face aux enjeux humanitaires et thérapeutiques de cette discipline, une dynamique entre subjectivité et objectivité se met en place et se retrouve jusque dans la dénomination de cette action originale et scientifique: art-thérapie.

La subjectivité pure ainsi que l'objectivité pure n'existent qu'en tant que concepts. L'expérience pratique acquise lors du stage nous a permis de mieux cerner les bien-fondés et les limites de l'exploitation de ces notions en art-thérapie.

I. La notion de subjectivité est une composante majeure en Art-thérapie.

A. L'Art-thérapie implique la subjectivité.

1. L'Art est une forme d'expression de la subjectivité d'une personne.

a. L'Art possède une part d'objectivité.

L'Art est connu par ses œuvres. L'œuvre ou production artistique est observable et constitue à ce titre la partie objective du processus de création artistique. Prenons un exemple en arts plastiques, *L'incendie de la Chambre des Lords et de la Chambre Communes, le 16 octobre 1834, 1835*, de William Turner (1775-1851). Si l'émotion perçue devant la contemplation d'une telle œuvre d'art rend vaine toute tentative de verbalisation de son ressenti, auquel cas le spectateur se retrouve dans une situation de subjectivité par excellence. Il n'en demeure pas moins que l'œuvre possède une part d'objectivité. En l'occurrence, ses dimensions (92x123cm), ses couleurs et leur disposition, ainsi que la nature des matériaux qui la compose (huile et toile), soient tous les éléments qui constituent la Forme de l'œuvre. Considérer l'Art uniquement par ses œuvres revient à en exclure la dimension humaine, soient l'artiste et le contemplateur. Cependant, l'intérêt thérapeutique de l'exploitation de l'Art réside justement dans la mise en scène des mécanismes de la subjectivité.

b. L'Art est avant tout un lieu d'exercice de la subjectivité.

L'expression artistique implique le goût, le style et l'engagement d'une personne. Chacune de ces natures d'implications relève de la subjectivité et définit l'activité artistique de la personne. Elles permettent de ce fait au spectateur de critiquer la production d'un artiste en fonction de ses propres goûts (faculté de critique), ou en se référant à des connaissances (faculté critique). En Art-thérapie, ce sont aussi ces différentes natures d'implications de la personne qui vont être observées et évaluées. Ainsi, la subjectivité du patient est au cœur du processus de soin, tout comme celle de l'artiste est au cœur du processus artistique.

2. Le soin nécessite rigueur et objectivité.

Pour s'inscrire dans une démarche thérapeutique, l'art-thérapie doit répondre à des critères objectifs. La science est une approche objective de la connaissance. Pour être validée scientifiquement, une expérience ou une étude doit être quantifiable et reproductible. Cette rigueur scientifique est garante d'une efficacité de la prise en charge.

3. Une méthodologie et des outils spécifiques permettent d'apporter cette part d'objectivité à l'Art-thérapie.

Les études menées par l'AFRAPATEM* et relayées par les différentes Facultés de Médecine qui enseignent l'art-thérapie en tant que discipline originale et scientifique, ont conduit à la mise en place d'une méthodologie et d'outils visant à obtenir cette rigueur en Art-thérapie. Cette méthodologie permet la mise en place d'une stratégie thérapeutique qui s'appuie sur l'opération artistique, soit l'ensemble des mécanismes humains mis en œuvre lors de l'activité artistique. Pour déterminer si les objectifs mis en place sont atteints ou approchés au cours de la prise en charge, les outils tels les fiches d'observation, les Bilan art-thérapeutiques³⁹ et le cube harmonique reposent sur des faits observables.

Le cube harmonique qui correspond à une échelle des plaisirs (les 3B*), peut être comparé dans ses modalités d'utilisation aux échelles de douleurs utilisées par les cliniciens.

L'emploi de ces outils et le respect d'un protocole de prise en charge favorise la reproductibilité de l'expérience art-thérapeutique.

B. L'art-thérapeute engage sa subjectivité.

1. Les outils d'évaluation incluent la subjectivité du patient, mais aussi celle de l'art-thérapeute.

La fiche d'observation est élaborée en respectant l'intégration de ses principales fonctions⁴⁰ et fait l'objet d'un modèle théorique⁴¹. Cependant, nous avons vu que la pénalité de vie, la pathologie, la stratégie adoptée et la personnalité du sujet sont autant de facteurs qui vont influencer le choix des items, voir l'apparition d'items imprévus. Donc, la fiche d'observation, qui est un outil prenant en compte la complexité et l'originalité de la personne prise en charge, doit être adaptée par l'art-thérapeute lui-même pour chaque cas de figure rencontré. De même, dans un souci d'efficacité, l'art-thérapeute va agencer les rubriques afin de rendre sa fiche plus lisible et ergonomique en fonction de la perception et de la logique qui lui sont propres. Ainsi, la subjectivité de l'art-thérapeute s'ajoute à celle du patient lors de l'élaboration de cet outil.

2. L'exploitation de la subjectivité est au centre de l'activité en art-thérapie.

L'idéal esthétique, moteur de l'activité artistique, est subjectif. Il prend en compte les éléments innombrables qui composent la culture de la personne et peut varier d'une humeur à l'autre ou d'un moment à l'autre. De même, le Beau, le Bien et le Bon n'ont aucune valeur universelle. En art-thérapie, nous pouvons utiliser cette qualité de l'Art dans le but de valoriser les capacités de la personne en toutes circonstances:

³⁹ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.198-202

⁴⁰ Cf. *La fiche d'observation aide à une bonne gestion des observations recueillies lors de la séance*. p.32

⁴¹ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.74 à 77

- Si la personne est satisfaite de son travail, l'art-thérapeute pourra en souligner les éléments forts, renforçant ainsi affirmation de soi, confiance en soi et estime de soi.
- Si la personne ne trouve pas son travail à son goût, l'art-thérapeute, à l'aide de son expérience artistique, pourra mettre en valeur la progression technique ou les différents aspects positifs du travail accompli et fixer de nouveaux objectifs adaptés.

L'art-thérapeute peut ainsi révéler du Bon, du Bien et du Beau en adaptant son point de vue.

D'ailleurs, l'art-thérapeute apporte lui-même sa subjectivité dans l'activité artistique. Sa pratique artistique est elle aussi le fruit de sa culture et de sa recherche de l'idéal esthétique. Ainsi, chaque art-thérapeute ne disposera pas du même bagage technique et accompagnera la personne de manière singulière. Mais une fois encore, l'objet de la subjectivité de l'art-thérapeute demeure un atout, puisqu'il lui permet d'encadrer l'activité et d'éviter au mieux les situations de mise en échec.

De ce fait, plus la connaissance technique et culturelle de l'art-thérapeute est variée, plus sa subjectivité pourra s'estomper au profit de celle du patient.

3. La subjectivité de l'art-thérapeute peut influencer sur l'évaluation.

La subjectivité de l'art-thérapeute, comme nous venons de le voir, intervient lors de la mise en place de la stratégie thérapeutique, de l'élaboration de la fiche d'observation qui en résulte, ainsi qu'au cours de l'activité artistique.

L'évaluation en art-thérapie a pour but d'exploiter les effets de l'art vers une évolution positive de la qualité de vie de la personne. Une bonne qualité de vie associe bonne santé et bien-être. "L'art-thérapie intervient plus sur le bien-être que sur la bonne santé, bien que cette dernière soit généralement associée au premier".⁴² Il est par ailleurs évident que dans un cadre thérapeutique, la recherche du bien-être ne doit pas entraver la bonne santé. Or, le bien-être est une notion subjective et pour parvenir à l'évaluer, l'art-thérapeute utilise des items quantitatifs, mais aussi qualitatifs. Si l'évaluation d'items quantitatifs n'est pas infaillible, car elle dépend des capacités d'observation d'une personne, celle des items qualitatifs apparaît d'autant plus discutable car fait l'objet du ressenti de l'art-thérapeute. Les capacités relationnelles régulées par l'humeur, l'état de fatigue ainsi qu'une multitude de raisons personnelles peuvent donc en altérer les résultats. Par exemple, l'art-thérapeute veut évaluer la qualité de la relation qu'il entretient avec le patient. Mais s'il est lui-même victime d'une baisse de forme ou d'une baisse de son humeur, la modification de son attitude va influencer sur la perception du patient qui adoptera en retour une attitude adaptée à la situation, laquelle sera évaluée. Donc, l'évaluation des capacités relationnelles du patient est influencée par les capacités relationnelles de l'art-thérapeute.

⁴² COLLECTIF, *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*, Direction scientifique R. FORESTIER, éd. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007, p.22

4. Pour pouvoir se servir de ses évaluations dans un but thérapeutique, l'art-thérapeute doit adopter l'attitude la plus objective possible.

Au cours d'une prise en charge, l'art-thérapeute est animé par l'objectif de contribuer au mieux-être de la personne. Cette volonté doit être canalisée afin de garantir le point de vue le plus neutre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de celle-ci. L'enseignement en Art-thérapie dispensé par les Facultés de Médecine de Tours, Poitiers, Grenoble et Lille (UCL) propose à ce sujet un code de déontologie.⁴³

- a. Le cadre thérapeutique impose l'attitude empathique.

L'art-thérapeute doit conserver en toutes circonstances une prise de recul sur ses actions afin de garantir le maintien des objectifs. Pour y parvenir, il doit privilégier l'attitude empathique* et éviter autant que possible la sympathie*, la compassion* et la contagion émotionnelle*. En effet, ces dernières impliquent une participation aux émotions qui peut nuire au patient, au thérapeute ou encore à la qualité de leur relation.

Une attitude empathique permet quant à elle, d'identifier et de considérer les émotions d'une personne afin de comprendre les mécanismes mis en jeu, tout en conservant une distance propice à l'observation et à l'analyse de la situation.

La sympathie peut favoriser la mise en place d'une relation, de même que certaines situations peuvent provoquer de la compassion ou une contagion émotionnelle chez un thérapeute, qui est humain avant tout, mais ces attitudes ne doivent en aucun cas devenir le mode relationnel dominant.

- b. L'art-thérapeute doit considérer ses propres limites.

Pour qu'elle soit la plus objective, l'évaluation nécessiterait d'être effectuée dans des conditions toujours identiques. Cependant, en prenant en compte la dimension humaine d'une relation thérapeutique, la reproduction exacte du cadre de l'évaluation est inapplicable. L'état de santé, d'humeur ou de fatigue du patient, ou même la météo sont autant d'éléments imprévisibles que de facteurs qui rendent cette entreprise irréalisable. Le psychisme de l'art-thérapeute en est une autre limite. Une variation psychique importante de la part de ce dernier peut altérer les résultats de l'évaluation de la séance. S'il ne peut en contrôler les causes, il peut néanmoins en minimiser les conséquences au regard de l'évaluation. En effet, si l'état d'humeur ou de fatigue de l'art-thérapeute a pu interagir avec le déroulement de la séance, alors, au même titre que tous les événements imprévus dans le protocole de prise en charge, il doit être mentionné comme phénomène associé dans la rubrique prévue à cet effet sur la fiche d'observation. Ainsi, cette opération permettra de nuancer, voir d'isoler l'évaluation de la séance au moment de son analyse.

⁴³ *Art-thérapie exercée avec toute forme d'art, repère métier*, p.9 à 14, publication AFRATAPEM, 2009.

5. L'analyse implique une fois de plus la subjectivité de l'art-thérapeute.

L'analyse du contenu d'une prise en charge en art-thérapie peut être remise en cause car elle repose sur des évaluations effectuées elles-mêmes par l'art-thérapeute. Pour résumer, la subjectivité de l'art-thérapeute est engagée lors du choix des items, de leur observation, de leur évaluation et de l'analyse des résultats. Cependant, nous avons vu que le choix des items est dicté par la stratégie thérapeutique, qui elle-même repose sur l'opération artistique.

De même, lors de l'observation, différentes natures d'items interviennent:

- Les items objectifs, qui sont mesurables, mais dont l'exploitation ne suffit pas à englober l'ensemble des processus thérapeutique et artistique.
- Les items interprétés, qui se rapportent à des faisceaux observés et dont les connaissances permettent leur exploitation.
- Les items ressentis, qui s'appuient essentiellement sur l'impression de l'art-thérapeute.

L'exploitation de cette dernière catégorie d'items demeure sensible et requiert rigueur, constance et neutralité de la part de l'art-thérapeute. Si le travail de l'art-thérapeute respecte ce souci d'objectivité, alors chaque cotation obtenue peut faire office d'item au moment de l'évaluation.

L'évolution des cotations au fil des séances dépasse quant à elle la simple subjectivité de l'art-thérapeute, puisqu'elle révèle une tendance chiffrée et observable. Toutefois, cette observation donne lieu à une analyse qui, une fois de plus, implique la subjectivité de l'art-thérapeute. Ce dernier ne dispose en effet que d'une vision partielle des événements qui ont pu conduire à l'évolution de la personne. L'ensemble des études menées visant au bien-être et à l'amélioration de la qualité de vie de la personne se heurte à la complexité, voir à l'impossibilité de prendre en compte l'ensemble de ces paramètres. Les échelles de qualité de vie disponibles à l'heure actuelle n'en offrent qu'une vision restrictive.

- ## 6. Le patient, sa famille ainsi que l'équipe pluridisciplinaire complètent le point de vue de l'art-thérapeute et apportent la part d'objectivité nécessaire à la validation des effets de la prise en charge art-thérapeutique.

L'analyse relative aux évaluations effectuées lors de la prise en charge ne révèle en effet qu'une vue fragmentée sur l'état de la qualité de vie d'une personne. C'est une des raisons pour lesquelles l'art-thérapeute dispose du cube harmonique, qui donne des indications sur le point de vue et le ressenti du sujet pris en charge. Dès lors, l'art-thérapeute ne s'appuie plus uniquement sur son point de vue, mais se sert des résultats obtenus pour orienter son action tout au long de l'évolution de la prise en charge. Notre expérience nous a également permis d'observer que la famille de la personne prise en charge apporte un point de vue complémentaire et extérieur aux séances d'art-thérapie. Le témoignage des proches permet d'évaluer les bénéfices, s'ils ont lieu, de la prise en charge dans les actes de la vie quotidienne hors du simple contexte de l'atelier d'art-thérapie. Cependant, même si la famille apporte un point de vue permettant de recueillir des indications parfois originales et

précieuses, et même si ce point de vue est souvent gratifiant pour l'art-thérapeute, il demeure bien souvent empreint d'affection. A ce titre, il ne permet pas à lui seul de garantir l'objectivité permettant de valider les bienfaits de la prise en charge en art-thérapie.

Dans ce cadre de recherche d'objectivité, seule l'équipe pluridisciplinaire possède les compétences permettant de garantir un cadre objectif au travail de l'art-thérapeute. C'est lors des réunions de synthèse que l'art-thérapeute pourra transmettre son analyse et vérifiera ainsi si elle correspond bien aux différents points de vue d'autres professionnels œuvrant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

II. Notre expérience nous permet de proposer une réflexion sur l'élaboration de la fiche d'observation.

Nous venons de voir que l'art-thérapeute doit œuvrer dans un contexte empreint de subjectivité, tout en conservant un cadre objectif.

Afin de m'inscrire dans cette démarche, j'ai utilisé les différents outils d'évaluations élaborés par l'AFRATAPEM. Lors de l'élaboration de mes fiches d'observation, je me suis appuyé sur la théorie dispensée lors de mes deux années de formation, ainsi que sur des modèles développés dans les mémoires de fin d'études.⁴⁴

La diversité des modèles présentés ainsi que les difficultés rencontrées lors de mon expérience pratique m'amène à proposer une réflexion sur l'élaboration de cet outil.

A. De nombreux travaux consultés proposent d'associer chaque cotation à un adjectif qualificatif.

1. Qualifier la cotation de chaque faisceau d'items apporte une régularité dans l'évaluation.

Qualifier la cotation de chaque faisceau d'item est un moyen efficace pour remplir facilement et rapidement la fiche d'observation. Exemple, sur une grille d'observation, le faisceau d'item "thymie" est coté de 1 à 5 en respectant les qualificatifs suivants: 1 - geste d'humeur; 2 - mauvaise humeur; 3 - humeur égale; 4 - bonne humeur; 5 - enthousiasme.

En se basant sur l'observation des évènements qui ont lieu durant la séance, l'art-thérapeute est ainsi en mesure d'évaluer rapidement la thymie du patient. De plus, la précision accompagnant chaque cotation permet de donner une valeur constante à l'évaluation.

⁴⁴ cf. *Bibliographie*, p. 80

2. La qualification des cotations peut aussi entraîner des incohérences nuisant à l'évaluation.

a. Un adjectif qualificatif peut revêtir différentes significations.

La nature littéraire de l'adjectif peut entraîner des incohérences face à la logique voulue par l'évaluation. Prenons un exemple rencontré pour évaluer le mode relationnel. Les différentes cotations servant à évaluer le faisceau d'items sont définies ainsi: 1 - agressivité; 2 - opposition; 3 - indifférence; 4 - respect; 5 - cordial.

Sur le plan de la signification, il peut sembler que les adjectifs marquent en effet une évolution positive. Cependant, prenons l'exemple d'une personne apathique. Son manque d'entrain pourra avoir tendance à ce que l'art-thérapeute cote 3 ce faisceau d'items. Au cours de la prise en charge, la personne s'oppose à l'art-thérapeute pour affirmer sa volonté esthétique. En respectant la cotation, ce dernier va coter 2, signifiant une régression de la relation, alors que d'un autre point de vue, nous pourrions interpréter cette opposition comme une réaction saine du patient entraînant une évolution positive de la relation. Autrement dit, est-ce que l'indifférence est une attitude marquant une évolution positive par rapport à l'opposition au sein d'une relation?

La logique impose que plus la cotation est élevée, plus le patient approche l'objectif. En associant sens littéraire et cotation, nous ajoutons aussi des complications d'ordre éthique à l'évaluation.

b. Parfois, la variété des adjectifs semble influencer sur le nombre des cotations.

Lors de mes recherches, j'ai aussi remarqué que dans certaines fiches d'observations, les faisceaux d'items ne comprenaient pas tous le même nombre de cotations. De plus, dans certains cas, cela semble se justifier par l'absence d'adjectifs suffisants pour nuancer significativement l'évaluation. En voulant harmoniser l'ensemble de mes cotations, je me suis moi-même heurté à ce problème. Or, l'évolution d'un item ou d'un faisceau d'items peut être sensible sans que l'on puisse y associer un adjectif correspondant.

Au contraire, dans certains cas, la pléthore d'adjectifs semble avoir influencé l'auteur à augmenter le nombre de ses cotations. Cette démarche pose problème car n'étant pas justifiée, elle semble ne pas suivre d'autre logique. Ainsi, si je cote un faisceau d'items de 1 à 4 et un autre de 1 à 8, et que j'obtiens 3 à chacune des évaluations, le 3 n'aura pas la même valeur dans les deux cas. Dans le premier, le 3 indiquera une évaluation positive, dans le second, une évaluation plutôt moyenne, voir négative. Ainsi, si je veux mettre en relation les deux faisceaux d'items dans une étude comparative, cette variation dans la cotation entraîne une complexité, dans la lecture et dans l'exploitation des résultats, propice à l'expression de la subjectivité.

B. L'évaluation en art-thérapie peut se soumettre à une logique différente.

1. L'absence de qualificatif favorise l'harmonisation des cotations.

Une harmonisation de la cotation des items quantitatifs et qualitatifs peut améliorer la lisibilité des performances recueillies sur la fiche d'observation et donc de l'évolution de la personne prise en charge. Si nous faisons abstraction de l'ensemble des qualificatifs attribués aux différentes cotations, alors, il est plus aisé d'harmoniser la cotation des items.

Il nous reste désormais à nous accorder sur le nombre des cotations.

D'abord, une cotation trop importante (de 1 à 100 par exemple) nuit à la lisibilité de l'information et accorde une place trop importante à la subjectivité de l'art-thérapeute. Il nous faudrait dans ce cas pouvoir justifier notre évaluation et expliquer avec précision ce qui différencie par exemple l'attribution d'un 53 plutôt que d'un 54 et faire de même pour distinguer chaque cotation.

La logique et la lisibilité nous imposent donc de déterminer une cotation minimum permettant toutefois de nuancer suffisamment l'évolution des capacités de la personne:

- la cotation de 1 à 2; Cette cotation binaire nous permet de coter quantitativement la présence ou l'absence, et qualitativement de marquer la distinction entre négatif et positif, mais ne permet pas de nuancer les résultats ni de révéler certaines évolutions significatives.
- la cotation de 1 à 3; Elle reprend le principe de la cotation précédente tout en y ajoutant une valeur médiane, mais ceci ne permet toujours pas de nuancer l'évaluation.
- la cotation de 1 à 4; Cette cotation permet de nuancer les items qualitatifs avec deux valeurs négatives et deux valeurs positives. Cependant, l'absence de valeur médiane incite l'art-thérapeute à déterminer systématiquement un caractère négatif ou positif de l'item observé alors que ce n'est pas toujours le cas.
- la cotation de 1 à 5; Cette cotation présente l'avantage de préserver la nuance de la cotation précédente, et d'y ajouter une valeur médiane. De plus, elle est identique à celle utilisée pour le cube harmonique, ce qui permet de conserver la même logique pour l'ensemble des évaluations en art-thérapie.

Notre réflexion nous permet de supposer que cette dernière cotation est suffisante pour mettre en place l'évaluation.

Remarque:

Au cours d'une prise en charge, il se peut que l'art-thérapeute évalue un item à 5, qui est la valeur maximum, tandis qu'au fil des séances la personne continue de progresser de manière significative. Dans ce cas, l'art-thérapeute peut envisager d'ajouter une cotation supplémentaire pour repérer et considérer cette progression.

De même, il peut arriver que la sensibilité de l'observation amène l'art-thérapeute à remarquer un état intermédiaire significatif entre deux cotations. Dans ce cas de figure, il peut envisager d'ajouter un palier intermédiaire en utilisant les nombres décimaux.

Nous pouvons aussi noter que dans certains cas, le nombre de cotations revêt une connotation particulière. C'est le cas de la cotation de 1 à 10 qui évoque le système de notation scolaire. Nous mentionnons simplement que l'utilisation de cette cotation peut être perçue négativement par les personnes ayant vécu un échec scolaire, et renforcer le sentiment d'infantilisation qui peut être ressenti par les personnes âgées et les personnes en réinsertion sociale pratiquant une activité artistique.

2. La standardisation de la cotation facilite la mise en place d'une logique.

Une fois la cotation des items uniformisée, il est plus aisé d'appliquer une logique. Celle-ci permet à son tour de standardiser les évaluations. En voici un exemple:

Cotation	Item quantitatif	Item qualitatif
5	Beaucoup	Très bien
4	Plusieurs	Bien
3	Quelques	Moyen
2	Rare	Insuffisant
1	Aucun	Pas bien

Tableau 4: Exemple de mise en place d'une logique dans la cotation des items.

Ainsi, les cotations des items ont la même signification entres-elles, ce qui facilite la lisibilité des évaluations.

La principale différence entre les qualificatifs rencontrés initialement et ces appréciations, réside dans le fait que ces dernières privilégient l'évaluation dans sa globalité, tandis que les premiers mettent l'accent sur le sens accordé à chaque cotation au risque d'entraîner des incohérences selon la particularité des cas rencontrés.

Pour plus de précision, et pour écarter le risque d'une évaluation trop subjective, chaque cotation peut être accompagnée par exemple d'un commentaire précisant la nature de l'évaluation ou la mention du nombre exact de fois où l'item a été observé.

Un exemple de mise en forme de fiche d'observation relative à cette réflexion est proposé en annexe⁴⁵.

⁴⁵ Cf. Annexes, *Fiche d'observation*, p. 83

Conclusion

Le vieillissement entraîne avec lui l'affaiblissement des principales fonctions physiologiques. Ainsi, en vieillissant, la personne âgée doit faire face à une diminution progressive de ses capacités, la conduisant vers une baisse de son autonomie. Celle-ci peut avoir pour conséquence une marginalisation de la personne. Face à cette situation, l'EHPAD, et le Centre Hospitalier, œuvrent pour proposer la réponse la mieux adaptée pour un maintien optimum de la qualité de vie des personnes. Au regard de l'expérience relatée tout au long de ce mémoire, l'Art-thérapie contribue en complémentarité avec les autres disciplines médicales et paramédicales à l'atteinte de cet objectif.

Les deux cas étudiés ont permis de constater les bienfaits de cette discipline et son incidence positive sur les sujets. D'autres prises en charge, ne figurant pas dans ce mémoire, ont été réalisées lors du stage et ont mené à des bilans tout aussi positifs.

La pratique des arts plastiques propose une dynamique de travail particulièrement adaptée aux personnes âgées en leur permettant d'interrompre l'activité à tout moment sans que cela ait de conséquences négatives sur le travail artistique. Ainsi, dans ce cadre, la quête de l'idéal esthétique est préservée du sentiment de dévalorisation que pourrait entraîner une mise en échec. De même, la pratique des arts plastiques est adaptée à la vie en institution ou en hôpital car contrairement à d'autres pratiques artistiques, elle ne s'impose pas aux autres usagers.

L'idéal esthétique est le moteur de l'activité artistique. Dans le cadre de l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire, l'expression à visée esthétique implique la position centrale du résident ou du patient dans l'activité. La personne reconquiert son statut de sujet en étant actrice au sein du processus thérapeutique.

L'art n'est pas thérapeutique en soi. Le rôle de l'art-thérapeute est donc de poser le cadre thérapeutique et de veiller au maintien des objectifs. Pour s'en assurer, il est tenu de considérer et valoriser la part de subjectivité mise en jeu au cours du processus artistique tout en considérant la part de rigueur et d'objectivité imposées par le respect des objectifs sanitaires. C'est en ce sens que l'art-thérapeute, qui apporte un point de vue complémentaire, a lui aussi besoin à son tour d'œuvrer en complémentarité avec l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, nous avons proposé une courte réflexion sur l'élaboration de la fiche d'observation. L'objet de cette réflexion n'est pas d'imposer un modèle d'élaboration au détriment d'un autre, mais de poser une problématique rencontrée lors du stage et les bases d'un questionnement quant à l'utilité d'une standardisation de cet outil.

Travailler avec une personne, qu'elle soit âgée et dépendante, jeune adulte et en insertion sociale, ou enfant et handicapée, est une expérience enrichissante et singulière.

Bibliographie

ANDRE C., LELORD F, *L'Estime de soi*, Odile Jacob, 2002

BOCKEMÜHL M., *J.M.W. Turner, Le monde de la lumière et des couleurs*, éd. Taschen, Köln, 2010

BONNEFOY Y., *Alberto Giacometti, Biographie d'une Œuvre*, éd. Flammarion, Paris, 1991

COLLECTIF, *Corpus de gériatrie*. Tome 1, édition 2000.

COLLECTIF, *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., éd. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007

COLLECTIF, *Les bases de l'enseignement en art-thérapie*, Université de Tours, 1990

COLLECTIF, *Profession art-thérapeute*, Direction scientifique FORESTIER R., éd. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2010

FORESTIER R., *Tout savoir sur l'Art occidental*, éd. Favre, Lausanne, 2004

FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007

JIMENEZ M., *Qu'est-ce que l'esthétique?*, éd. Folio, Saint-Amand (Cher), 2009

LÔO H. et LÔO P., *La dépression, Collection Que sais-je?*, 4e édition, éd. PUF, Paris, 2000

SUDRES J.L., ROUX G., LAHARIE M., De La FOURNIÈRE F., *La personne âgée en art-thérapie. De l'expression au lien social*, éd. L'Harmattan, Paris, 2004

Documentation:

AFRATAPEM, *Art-thérapie exercée avec toute forme d'art. Repère métier*, éd. AFRATAPEM, Tours, 2009

DEFITEM, *Prise en charge des personnes atteintes de démence*, DEFITEM, Pont-à-Mousson, 2010

COUTURIER C., GAILLARD P., *Sémiologie psychiatrique*, Faculté de Médecine, Tours, 2007

GAILLARD P., DARVEZ-BARNOZ J.M., FILLATRE M., DUBOIS F., *Pathologie psychiatrique*, Faculté de Médecine, Tours.

COLLECTIF, VIDAL, *Le dictionnaire des médicaments*, Direction scientifique J.F. FORGET, éd. Larousse Diffusion, Lavis, 2005

Mémoires:

COMBE-SAMMIER Anaïs, *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées dépressives vivant en institution*, Université François Rabelais, UFR de Médecine, Tours, 2005

GABORIT Pauline, *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques réalisée auprès de personnes âgées en maison de retraite*, Université François Rabelais, UFR de Médecine, Tours, 2009

Webographie:

<http://mythe-alzheimer.over-blog.com>

<http://www.alzheimer-conseil.fr/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences/les-maladies-apparentees-a-alzheimer-la-maladie-de-pick-la-demence-vasculaire-ou-le-corps-de-lewy-a16.html>

<http://www.dicopsy.com>

Liste des graphiques, tableaux et illustrations:

Figure 1: L'opération artistique.	28
Figure 2: Travail de Mme W. achevé en séance 12. Acrylique sur toile, 24x32cm environ.	44
Figure 3: Travail de Mme W. achevé en séance 15, acrylique sur toile, 40x30cm environ.	52
Figure 4: Travail de Mme R. terminé en séance 7, Gouache sur papier, 24X32cm.	56
Figure 5: Travail effectué par Mme R. de la séance 11 à la séance 14, Gouache sur papier, 24x32cm.	57
Graphique 1: Evolution de la relation entre Mme W. et le stagiaire art-thérapeute.	48
Graphique 2: Evolution de l'affirmation de soi de Mme W. selon des critères plastiques et esthétiques.	49
Graphique 3: Nature de la parole chez Mme W.	50
Graphique 4: Autoévaluation de Mme W. concernant le phénomène artistique.	51
Graphique 5: Evolution de l'estime de soi de Mme R.	59
Graphique 6: Evolution de la nature de la parole de Mme R.	60
Graphique 7: Autoévaluation de Mme R. concernant le phénomène artistique.	61
Graphique 8: Evolution du score GDS de Mme R. et Mme W.	65
Tableau 1: Symptômes de dépression et de démences pouvant être confondus.	18
Tableau 2: Différencier la dépression et la maladie d'Alzheimer.	18
Tableau 3: Nature de l'implication dans le phénomène artistique.	30
Tableau 4: Exemple de mise en place d'une logique dans la cotation des items.	76

Annexes:

Geriatric Depression Scale de Yesavage et Brink

Echelle de dépression du sujet âgée

Ce travail a été validé en population gériatrique comme moyen de diagnostic et de surveillance de la dépression chez le sujet âgé.

Attribuer un point quand la réponse est « oui » aux items en bleu et un point quand la réponse est « non » aux items en rouge.

On peut utiliser l'échelle suivante :

- Normal : 0-9
- Dépression légère : 10-19
- Dépression sévère : 20-30

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?		
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?		
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		
4. Vous ennuyez-vous souvent ?		
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?		
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?		
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?		
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?		
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?		
10. Avez-vous besoin d'aide dans vos activités ?		
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?		
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?		
13. L'avenir vous inquiète-t-il ?		
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?		
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?		
16. Avez-vous souvent le cafard ?		
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?		
18. Ressassez-vous beaucoup le passé ?		
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante ?		
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?		
21. Avez-vous beaucoup d'énergie ?		
22. Désespérez-vous de votre situation présente ?		
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?		
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails ?		
25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer ?		
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?		
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin ?		
28. Refusez-vous souvent les activités proposées ?		
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?		
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?		
Total :		

Fiche d'observation

Nom:..... Prénom:..... N° Chambre:.....
 Date:..... Lieu:..... Météo:.....
 Séance n°:..... Individuelle / Collective Humeur perso:.....
 Durée:..... Matin / Après-midi

Objectif général:.....
 Objectif intermédiaire:.....

La séance:

Technique dominante:.....
 Phénomène associé:.....
 Exercice pratiqué durant la séance:.....

Méthode appliquée:

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> exercice | <input type="checkbox"/> didactique | <input type="checkbox"/> directif |
| <input type="checkbox"/> situation | <input type="checkbox"/> révélateur | <input type="checkbox"/> dirigé |
| <input type="checkbox"/> jeu | <input type="checkbox"/> thérapeutique | <input type="checkbox"/> semi dirigé |
| | <input type="checkbox"/> occupationnel | <input type="checkbox"/> ouvert |
| | | <input type="checkbox"/> libre |

Implication esthétique:

Item ou faisceau d'items	Evaluation	Commentaire/Observation
Item 1 (Exemple: concentration)	(de 1 à 5)	Exemple: facilement perturbée.....
Item 2	<input type="checkbox"/>
Item 3	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>

Implication relationnelle:

Item ou faisceau d'items	Evaluation	Commentaire/Observation
Item 1 (Exemple: Quantité de parole)	<input type="checkbox"/>	Exemple: Ponctuelle, 5 fois en 1 heure pendant de courtes périodes (quelques secondes).....
Item 2 (Exemple: Nature de la parole)	<input type="checkbox"/>	Exemple: 3 fois à propos de sa famille, 2 fois à propos du plaisir de peindre.....
Item 3	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>

Autoévaluation:

	Evaluation	Commentaire/Observation
Beau:	<input type="checkbox"/>
Bien:	<input type="checkbox"/>
Bon:	<input type="checkbox"/>

Bilan⁴⁶:.....
Analyse⁴⁷:.....
Projection⁴⁸:.....

⁴⁶ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.74 à 76

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

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

**Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques
Réalisée auprès de personnes âgées dépendantes vivant en institution.**

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

Le vieillissement entraîne avec lui l'affaiblissement des principales fonctions physiologiques. Ainsi, en vieillissant, la personne âgée doit faire face à une diminution progressive de ses capacités la conduisant vers une baisse plus ou moins conséquente de son autonomie. Lorsqu'il n'est plus capable d'assumer cette perte, le sujet âgé peut être accueilli dans un établissement adapté. Si elle est souhaitable et salubre, l'institutionnalisation, ou l'hospitalisation, marque une rupture sociale pouvant avoir des répercussions sur le bien-être de la personne.

L'Art-thérapie apporte un point de vue original et complémentaire à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie de la personne âgée dépendante. Les effets de l'Art sont mis en œuvre de manière rigoureuse et scientifique, afin d'accompagner la personne dans un processus de reconquête de l'estime de soi et de son statut de sujet. L'idéal esthétique, moteur de l'activité artistique, permet à la personne d'être actrice au cœur du processus de soin afin de raviver son goût de vivre.

Ce travail présente une expérience d'art-thérapie réalisée auprès de personnes âgées dépendantes vivant en institution, dont deux études de cas sont détaillées.

Personne âgée, Démence, Dépression, Idéal esthétique, Subjectivité.

The ageing drags with him the decline of the main physiological functions. So, getting old, the elderly person has to face a progressive decrease of its capacities leading her towards a more or less consequent decline of its autonomy. When he's not able any more of assuming this loss, the old subject can be welcomed in an adapted establishment. If it's hoped and wholesome, the institutionalization, or the hospitalization, marks a social break which can have repercussions on the well-being of the person. Art-therapy brings an original and additional point of view to the multidisciplinary whole team in the objective to improve the quality of life of the dependent elderly person. The effects of Art are operated in a rigorous and scientific way, to accompany the person in a process of reconquest of the self-respect and her status of subject. The aesthetic ideal, the driving of the artistic activity, allows the person to be actress in the heart of the process of care to revive its taste to live.

This work presents an experience of art-therapy realized with dependent elderly persons living in institution, among which two case studies are related.

Elderly person, Dementia, Depression, Aesthetic ideal, Subjectivity.

**PETROWSKY Sébastien
2011**