

No :
Note :

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

**LES PRATIQUES ART-THERAPEUTIQUES DU MODELAGE ET DE LA PEINTURE
PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA PERTE D'AUTONOMIE
DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN EHPAD**

Mémoire professionnel réalisé pour l'obtention du titre d'Art-thérapie
répertorié par l'Etat au niveau II

Présenté par Audrey Guffond Année 2014

Sous la direction de :
Julie Guillaume-Collin
Art-thérapeute Diplômée
De l'UFR de médecine de Tours

Lieu de Stage :
EHPAD "Les Glycines"
50 rue Labadie
40100 Dax

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

**LES PRATIQUES ART-THERAPEUTIQUES DU MODELAGE ET DE LA PEINTURE
PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA PERTE D'AUTONOMIE
DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN EHPAD**

Mémoire professionnel réalisé pour l'obtention du titre d'Art-thérapie
répertorié par l'Etat au niveau II

Présenté par Audrey Guffond Année 2014

Sous la direction de :
Julie Guillaume-Collin
Art-thérapeute Diplômée
De l'UFR de médecine de Tours

Lieu de Stage :
EHPAD "Les Glycines"
50 rue Labadie
40100 Dax

REMERCIEMENTS

Je remercie les personnes qui ont investi leur confiance en moi.
Aussi bien les résidents qui ont participé à mon apprentissage,
que mes proches sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

Je remercie mes formateurs, ma directrice de mémoire,
Christine et Perceval.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Glossaire	10
Introduction	11

PREMIERE PARTIE : UNE PRESENTATION DU PUBLIC DE PERSONNES ÂGÉES, DE L'ART ET DE L'ART-THERAPIE

<u>I. la diminution de l'indépendance d'une personne âgée peut impliquer son entrée en EHPAD.</u> ...	12
A. Une personne âgée est avant tout un être humain.	12
1. L'être humain est en mouvement.	12
a. Le corps est un équilibre physiologique en perpétuels échanges chimiques intérieurs et extérieurs.	12
b. L'équilibre psychique et les fonctions mentales composent l'entité psychologique d'un être humain.	12
c. L'être humain est en lien constant avec les siens.	13
2. L'être humain a des besoins qui doivent être satisfaits.	13
a. Diverses théories répertorient les besoins de l'être humain et leur fonctionnement hiérarchique.	13
b. L'insatisfaction des besoins humains peut entraîner des douleurs et des souffrances.	13
c. Qualité de vie et bonne santé découlent de la satisfaction des besoins humains	14
B. La vieillesse est l'évolution normale de la vie humaine.	14
1. La vieillesse est définie selon certains critères.	14
a. Des autorités officielles déterminent la vieillesse.	14
b. La psychopathologie et la médecine gériatrique décrivent le processus de vieillissement.	14
2. Il existe une réalité sociale et culturelle de la vieillesse contemporaine.	15
a. La vieillesse est communément vécue comme la proximité d'une mort qui effraie.	15
b. La vieillesse est représentée comme l'âge de l'inutilité, de la faiblesse et de la vulnérabilité.	15
c. Les personnes âgées peuvent être exclues, isolées et soumises à la précarité.	16
3. La vieillesse engendre des problématiques pour le sujet âgé.	16
a. La maladie, le handicap, la blessure et le choix de vie peuvent pénaliser les sujets âgés.	16
b. Les pénalités dues à la vieillesse peuvent engendrer des carences de l'estime de soi.	17
c. Les souffrances générées par des pénalités peuvent produire des comportements caractéristiques chez le sujet âgé.....	17
C. L'entrée en institution d'un sujet âgé a des causes et des conséquences.	18
1. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées est une institution.	18
a. Un EHPAD peut être défini en termes d'utilité, de service et de finalité.	18
b. Diverses formes d'EHPAD existent et leurs fonctionnements diffèrent.	18
c. L'association des différents secteurs d'un EHPAD nécessite une planification et une logistique coordonnées.....	18
2. Il y a des motifs et des incidences sur la vie d'une personne âgée à son placement en institution	19
a. Le placement est un événement qui oblige un changement spatial et matériel du sujet concerné.....	19
b. L'entrée en institution est générée par un événement temporel signalant une incapacité physique ou psychique.....	19
c. Les raisons d'un placement sont la perte d'indépendance voir d'autonomie.....	19
3. L'institutionnalisation d'un sujet âgé entraîne des conséquences	20
a. L'institution apporte des soins, une sécurité et une proximité relationnelle possible.	20
b. L'institutionnalisation peut éloigner le sujet de ses proches.	20
c. Le rythme institutionnel et l'importance donnée aux soins vont de paires avec une perte d'intimité personnelle.	20
d. L'anonymat et l'objectivation du sujet peuvent être induits par le cadre gestionnaire d'une institution.....	21
e. Des pénalités spécifiques peuvent être induites par l'institutionnalisation	21
<u>II. L'Art et ses diverses techniques sollicitent des spécificités humaines</u>	21
A. L'être humain et l'Art sont en lien.	21
1. L'être humain est une personnalité à la volonté propre.	21
a. Une personne est différenciable au sein d'un groupe avec lequel elle est en relation.	21

b. L'être humain est une entité autonome qui a des intentions et les exprime	22
c. La personnalité est identifiable par son style et ses goûts	22
2. L'Art est généré par l'être humain	22
a. L'Art est produit par l'artiste.	22
b. La visée esthétique de l'Art induit un idéal esthétique.	22
c. L'Art est reconnaissable par les d'œuvres d'Art.	23
d. Le savoir faire et la saveur sont inhérents à l'Art.	23
3. L'Art implique des spécificités de l'être humain.	23
a. L'Art est un mode d'expression humain issu d'une impression et différent du langage.	23
b. L'Art est un acte volontaire qui engage l'implication personnelle et l'intentionnalité.	24
c. L'Art est une expérience pratique qui mobilise le corps et sa structure.	24
B. Le façonnage céramique et la pratique picturale mobilisent des capacités spécifiques	24
1. Le façonnage de l'argile et la peinture sont des pratiques artistiques à part entière.	24
a. Les premières productions céramiques sont ancestrales.	24
b. Les techniques de façonnage de l'argile sont diverses.	24
c. La peinture est avant tout une trace de couleur.	25
d. Les techniques picturales sont nombreuses.	25
e. Le façonnage céramique et la pratique picturale sont des arts diachroniques.	25
2. Le façonnage de la matière terre et la pratique de la peinture engagent le corps.	26
a. Le contact avec les matières vivantes et/ou colorées occasionne des sensations et des réactions physiologiques.	26
b. La volumétrie de l'argile ou l'aplat de la matière picturale génèrent des impressions et des productions différentes.	26
c. Le sujet structure son corps pour agir sur la matière et produire une forme.	26
3. Façonner la terre et peindre sollicite des fonctions mentales.	26
a. L'intention d'un acte volontaire est indispensable.	26
b. La fonction cognitive est nécessaire à l'élaboration d'une production.	27
c. Les contraintes de la matière terre et de la pratique picturale sont différentes et déterminent les techniques appropriées.	27
d. Ces deux techniques permettent l'expression de contenus différents.	27
<u>III. Les spécificités de la pratique artistique peuvent être thérapeutiques.</u>	27
<u>A. L'art-thérapie moderne et traditionnelle sont différentes.</u>	27
1. L'art-thérapie moderne est l'exploitation du potentiel artistique à visée humanitaire et thérapeutique.	27
a. La partie saine du patient est renforcée par le processus artistique.	27
b. Les problématiques ne sont pas interprétées dans les productions ni au cours des pratiques artistiques	28
c. L'humain est au centre de l'accompagnement par l'art-thérapeute qui envisage la relation comme un outil thérapeutique.	28
2. L'Art n'est pas curatif	28
a. L'art-thérapie ne guérit pas mais peut en donner l'envie.	28
b. L'art-thérapie propose au patient d'être en cohérence avec la réalité des événements qu'il vit.	28
c. L'art-thérapeute guide la pratique artistique vers le plaisir esthétique et la gratification sensorielle positive dans un protocole de soin	28
<u>B. L'art-thérapie moderne emploie des méthodes et des outils spécifiques.</u>	29
1. L'observation méthodique permet un suivi objectif.	29
a. Le suivi s'adapte aux sujets et l'évaluation est personnalisée.	29
b. Des fiches d'observation maintiennent l'objectif et mémorisent les événements.	29
c. Des bilans critiqués structurent et envisagent la pertinence de l'accompagnement.	29
2. Les modalités évaluatives considèrent le sujet	30
a. L'opération artistique illustre les mécanismes inhibés ou lésés.	30
b. Le cube harmonique révèle l'application et le développement de la subjectivité et de l'objectivité.	30
<u>C. L'art-thérapie est adaptée au protocole de soin des personnes âgées vivant en EHPAD</u>	30
1. Les capacités physiques et psychiques efficaces sont sollicitées	30
a. Le corps est sollicité dans un but utile et fonctionnel.	30
b. La motricité fine est requise et entretenue par la pratique.	30
c. Les pratiques artistiques impliquent l'emploi du système cognitif.	31

2. L'estime de soi lésée peut être renforcée.	31
a. Un ressenti corporel positif et un plaisir à être revitalisent cette période de pertes et de deuils.	31
b. L'anxiété peut être diminuée par la projection nécessaire due à la pratique artistique.	32
c. Les séances d'art-thérapie offrent un renforcement de la capacité relationnelle et peuvent pallier le sentiment d'isolement	32
3. Les mécanismes opérant du phénomène artistique peuvent renforcer le sujet âgé dépendant	32
a. L'intention peut réduire l'anonymat et développer l'autonomie par la nécessité de choix à effectuer...	33
b. L'action développe le sentiment d'utilité et d'importance par l'apprentissage technique.	33
c. La production expose la personnalité et permet le constat palpable de l'existence.	33

IV. Les pratiques art-thérapeutiques de la céramique et de la peinture peuvent diminuer la perte d'autonomie du sujet âgé vivant en EHPAD 33

DEUXIEME PARTIE : UNE PRESENTATION DU STAGE PRATIQUE ET DE DEUX SUIVIS

<u>I. L'institution " Les Glycines " a accueilli le stage pratique.</u>	34
<u>A. " Les glycines " est une structure d'accueil caractéristique.</u>	34
1. L'établissement est géré par le CCAS de la ville de Dax.	34
a. La gestion de l'EHPAD est publique.	34
b. Le personnel est réparti selon les pôles professionnels.	34
2. Trois résidences sont regroupées en une seule structure.	34
a. L'EHPAD est constitué de trois sites géographiques distincts.	34
b. Des liens sont effectifs entre les trois résidences.	34
3. La résidence " les Glycines " est un lieu de vie original.	35
a. Les journées sont rythmées pour les résidents et le personnel.	35
b. L'établissement a une capacité d'accueil de soixante cinq studios.	35
<u>B. L'EHPAD a un projet social, sanitaire et économique.</u>	35
1. La politique sanitaire est tributaire de la vétusté de l'établissement.	35
a. L'infrastructure correspond à des logements foyers.	35
b. L'infrastructure du site a une incidence sur l'organisation du travail du personnel et la qualité de vie des résidents.	35
2. La politique économique du site est en suspens.	36
a. La politique économique des EHPAD français est concernée uniformément par la vétusté des établissements.	36
b. Aucune rénovation n'est en cours pour la résidence "Les Glycines" car une reconversion est en projet.	36
3. Il existe des rapports sociaux particuliers au sein de la communauté des habitants de cette institution.	36
a. Un EHPAD offre à ses habitants un espace relationnel contraint.	36
b. Les résidents semblent bénéficier d'un lien social communautaire.	36
<u>C. Le public vivant au sein de cette institution a des spécificités.</u>	37
1. Une vision globale du public âgé accueilli à la résidence " Les Glycines " permet de mieux connaître sa situation sanitaire.	37
a. Des techniques évaluatives permettent de décrire les particularités du public accueilli en EHPAD.	37
b. Le niveau de dépendance est peu élevé au sein de l'établissement concerné.	37
2. Le public des établissements pour personnes âgées dépendantes peut souffrir de pathologies diverses.	37
a. Un résident d'EHPAD déclare en général plusieurs pathologies.	37
b. Il y a peu de pathologies de type démentiel au sein du public accueilli à la résidence "Les Glycines".	38
c. L'établissement accueille de jeunes séniors aux pathologies psychiatriques.	38
<u>II. Un atelier d'art-thérapie s'est progressivement développé dans l'institution.</u>	38
<u>A. Le stage pratique a commencé par une période d'observation.</u>	38
1. Une semaine a été nécessaire pour comprendre le milieu institutionnel et connaître la conjoncture de l'établissement.	38
a. Le milieu institutionnel était inconnu au stagiaire.	38
b. La situation événementielle de la structure a des répercussions sur le personnel et sur les résidents.	38
2. L'adaptation à l'équipe et aux résidents a été nécessaire en continu.	39

a. Le statut et le rôle du stagiaire sont spécifiques.	39
b. Une responsabilité de soignant auprès des résidents a été constatée dès le début du stage.	39
B. L'atelier d'art-thérapie a débuté par une période d'animation artistique à visée art-thérapeutique.	40
1. L'introduction de l'art-thérapie dans l'institution s'est réalisée en plusieurs étapes.	40
a. L'équipe de soin n'avait pas connaissance de l'art-thérapie en pratique	40
b. L'art-thérapie a été présentée aux résidents en groupe ou de façon individuelle.	40
c. L'implantation d'un atelier d'animation artistique à visée art-thérapeutique s'est réalisée à l'issue de la première semaine de stage.	40
2. Des rendez-vous de pratique artistique ont d'abord été pris.	41
a. Les patients potentiels ont été soit indiqués soit se sont présentés d'eux-mêmes pour être accompagnés.	41
b. Les premiers rendez-vous ont permis de déterminer un cadre.	41
3. Les séances d'animation artistique à visée thérapeutique sont devenues les séances préliminaires de suivis art-thérapeutiques.	41
a. Progressivement les participants sont devenus des patients.	41
b. Les rôles des équipes médicale et sociale ont été primordiaux.	42
c. Une fiche d'ouverture des suivis a permis de relater les observations des séances préliminaires à des fins art-thérapeutiques.	42

III. Deux études de cas clinique sont réalisées à partir du parcours de soin en art-thérapie de Jaisse et Fluorine.

A. Fluorine est lingère à la retraite et fervente catholique.	43
1. Les rencontres préliminaires avec Fluorine ont été principalement informelles.	43
a. Fluorine mettait les couverts du restaurant tous les matins.	43
b. L'anamnèse et l'état de base de Fluorine ont montré qu'elle souffrait de pertes mentales et physiques débutantes, dissimulées par une position de repli et des comportements régressifs.	43
c. Contrairement à ceux du personnel social, les avis de l'équipe médicale ne créditaient pas Fluorine de pertes pathologiques ou de comportements défensifs.	44
2. L'accompagnement art-thérapeutique de Fluorine débuta.	45
a. Le protocole de soin résultant des séances préliminaires a porté sur la préservation des capacités physiques et mentales de Fluorine.	45
b. L'accompagnement s'est adapté à Fluorine au cours des rendez-vous et a mis en évidence son manque de confiance et d'affirmation d'elle-même et envers autrui.	46
c. Le suivi a été brièvement évalué par la patiente et un bilan positif fut fait à l'équipe médicale qui découvrit en partie l'état sanitaire de Fluorine.	50
B. Mère au foyer puis secrétaire retraitée, Jaisse a deux enfants.	51
1. Les rencontres préliminaires avec Jaisse.	51
a. Jaisse a porté un intérêt immédiat pour l'art-thérapie.	51
b. L'anamnèse et l'état de base de Jaisse montrèrent qu'elle souffrait des conséquences de multiples blessures de vie malgré sa bonne santé relative.	52
c. L'avis du personnel social et de l'équipe médicale révéla la personnalité ambiguë de Jaisse.	54
2. L'accompagnement art-thérapeutique de Jaisse débuta.	55
a. Le protocole de soin résultant des séances préliminaires portait sur l'état dépressif de Jaisse.	55
b. Deux stratégies thérapeutiques se succédèrent au cours des séances qui mirent en évidence une inhibition des émotions et des sentiments de la patiente puis un manque de confiance en elle.	55
c. Un bilan à l'équipe médicale et l'évaluation du suivi par la patiente montrent que l'effet de la pratique artistique a été thérapeutique concernant l'estime de soi et l'inhibition émotionnelle de Jaisse ..	58

IV. Le bilan des quatre accompagnements réalisés au cours des neuf semaines dans l'institution est nuancé et le travail effectué est critiquable.

A. L'accompagnement d'Edouard Omindarjean est résumé.	60
1. Un tableau récapitule le suivi d'Edouard Omindarjean	60
B. Les résultats des trois suivis sont comparés afin de répondre à l'hypothèse avancée.	63
1. Les composantes de l'autonomie sont rappelées	63
2. L'évolution de l'autonomie des patients est mesurée.	64
3. Le bilan de l'évaluation de l'autonomie des patients permet de répondre à l'hypothèse	64

TROISIEME PARTIE : UNE DISCUSSION DE L'EXPERIENCE DU STAGE REALISE, DE L'ART-THERAPIE APPLIQUEE EN EHPAD ET DE LA NOTION D'IDEAL ESTHETIQUE

<u>I. Une discussion du stage au sein de l'institution permet d'approfondir l'expérience réalisée</u>	65
<u>A. L'EHPAD est actuellement un milieu de vie et de travail en pleine transformation au sein duquel l'art-thérapie peut apporter des bénéfices</u>	65
1. La qualité de vie habituellement bonne des résidents est déficitaire actuellement	65
a. Les résidents traversent la conjoncture dans l'inconfort	65
b. L'art-thérapie soutient la prise en charge sanitaire en institution pour la détection, la communication et l'accompagnement des fragilités et des difficultés des résidents	65
2. L'équipe administrative gère les événements en cours	65
a. La somme de travail due à la conjoncture absorbe la direction, la cadre de santé et la psychologue de l'établissement	65
b. Les séances d'art-thérapie peuvent permettre un soutien du suivi sanitaire au plus près des résidents et apporter une constance identitaire aux personnes âgées	66
3. Dans cette conjoncture, le personnel de soin gère les changements qui opèrent sur le terrain et assimile les difficultés d'adaptation des résidents	66
a. Le personnel lui-même concerné par la transition de l'institution constate l'inconfort préoccupant des résidents	66
b. L'art-thérapeute peut apporter un point de vue extérieur des événements à l'équipe de soin et une tempérance des préoccupations des résidents par la pratique artistique régulière	66
<u>II. Il semble que l'art-thérapie soit adaptée au projet de reconversion des EHPAD que souhaite entreprendre le gouvernement en 2015, par l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement</u>	67
<u>A. Le gouvernement envisage des démarches selon les trois axes que sont l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement des personnes âgées</u>	67
1. Anticiper permettrait de repérer et combattre les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie.	67
a. Des démarches sont envisagées pour minimiser les inégalités sociales et sanitaires qu'engendre le vieillissement.....	67
b. Une éducation pour la santé sera mise en place auprès des personnes âgées	67
c. La proximité d'aides techniques et préventives sera développée.....	68
2. Adapter les politiques publiques au vieillissement est un enjeu primordial	68
a. La prévention dans les EHPAD sera optimisée.....	68
b. Un forfait financera spécialement les accompagnements non médicaux qui préservent l'autonomie des résidents.	68
c. L'adaptation des habitats privés est projetée.....	69
3. La prise en charge des personnes en perte d'autonomie va être améliorée	69
a. Les conditions de travail des aidants à domicile seront réévaluées.....	69
b. Le plan des métiers de l'autonomie développera l'importance et l'essor de ce secteur professionnel...	69
<u>B. L'art-thérapie est en cohérence avec ces trois axes</u>	70
1. L'art-thérapie peut repérer l'apparition des fragilités du sujet âgé	70
a. Le recensement des capacités physiques, mentales et sociales des patients par l'art-thérapie complète la prise en charge médicale	70
b. L'art-thérapie peut être un outil préventif pratique par l'entretien des fonctions motrices et cognitives des personnes âgées dépendantes	70
c. L'art-thérapie peut contribuer au maintien de l'autonomie	70
2. L'accompagnement art-thérapeutique pourrait être un moyen de palier la contrainte qu'exerce le fonctionnement institutionnel sur la qualité des liens relationnels et sur les rapports sociaux des résidents	71
a. L'art-thérapie permet l'expression de l'identité propre et la réalisation d'intentions personnelles au sein des institutions	71
b. L'art-thérapie proposée par l'institution à ses résidents peut assurer une reconnaissance de leurs capacités et de leurs besoins	71

<u>III. Un intérêt porté à l'idéal esthétique considère les conséquences bénéfiques que peut avoir l'Art au travers d'une pratique art-thérapeutique</u>	72
<u>A. L'idéal esthétique est un fondement de l'art-thérapie.</u>	72
1. L'esthétique n'a pas de limite	73
a. Le beau serait une proportion aléatoire qui fluctue entre le laid et le sublime	73
b. Le laid et le sublime n'auraient pas de limite.....	74
2. L'idéal esthétique est la science du beau selon chacun.	74
a. La beauté est observable et subjective.	74
b. La beauté est une émotion esthétique.....	75
c. L'idéal esthétique ne serait pas une valeur fixe.....	76
<u>B. La capacité d'un patient à vivre l'émotion esthétique par ses propres productions pourrait être renforcée par l'art-thérapie</u>	76
1. L'art-thérapeute moderne privilégie l'intention esthétique du patient envers ses propres productions	77
a. L'intention esthétique est la volonté d'un juste rapport entre fond et forme	77
b. L'aboutissement à l'idéal esthétique n'est possible que si le patient est motivé par l'intention esthétique	77
2. Lorsque l'intention esthétique du patient est effective et perdure, l'art-thérapeute peut développer des stratégies visant à augmenter le champ de son idéal esthétique	78
a. L'augmentation du champ de l'idéal esthétique est un déplacement des limites subjectives du sublime et du laid	78
b. Il n'y aurait que l'expérience qui puisse occasionner l'augmentation du champ de l'idéal esthétique.	79
c. Il pourrait exister un rapport de proportion entre le champ de l'idéal esthétique et la capacité à ressentir du plaisir	79
d. L'art-thérapie moderne pourrait amener le patient à augmenter ou à développer sa capacité à ressentir du plaisir en augmentant son champ de l'idéal esthétique.	80
<u>3. L'augmentation du champ de l'idéal esthétique demeure avant tout une théorie</u>	80
a. L'augmentation du champ de l'idéal esthétique peut ne pas être induite par le déplacement des limites du laid et du sublime.....	80
b. Cette réflexion est avant tout une théorie.	81
Conclusion.....	82
Bibliographie.....	83
Annexe 1 : tableau des besoins fondamentaux de l'être humain selon Virginia Henderson, Abraham Maslow et Rosette Poletti	84
Annexe 1 : schéma récapitulatif de l'auto-évaluation par le cube harmonique	84
Annexes 2 : schéma récapitulatif de l'opération artistique	85

GLOSSAIRE

Action I.p.111 : « *Capacité d'agir et de mouvoir sa structure corporelle. Ne concerne pas l'expressivité.* »

Anamnèse : histoire de la maladie d'un patient.

Anxiété II.p-p.159-163 : désordre émotionnel caractérisé par un état de crainte, d'appréhension et de mise en alerte ayant pour origine un objet ou une situation concrète. Lorsqu'elle est pathologique, l'anxiété est de l'ordre des troubles paniques, agoraphobique et obsessionnel compulsif, des phobies, du stress aiguë et post-traumatique, de l'anxiété généralisée.

Art I.p.353 : activité volontaire orientée vers l'esthétique

Art-thérapie I.p.52 : exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et/ou thérapeutique.

Démence : syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive.

Etat initial : Etat sanitaire et existentiel du patient avant le début de l'accompagnement thérapeutique.

Expression I.p.115 : « *modalité d'extériorisation des états de l'esprit et des pensées. Concerne l'expressivité (personnalisation de l'expression)* ».

Intention I.p.110 : « *être tendu vers un objectif* »

Item I.p.355 : plus petite unité observable.

Pénalité I.p.55 : « *Entrave sanitaire, souffrance* » Issue d'une blessure de vie, d'un handicap, d'une maladie ou d'un choix de vie, une pénalité est un désavantage qui réduit les

capacités motrices ou/et sensorielles ou/et intellectuelles.

Personnalité I.p.167 : ce qui « *colore* » l'expression humaine. En Art elle attrait aux modalités que le goût, le style et l'engagement

Production I.p.111 : « *résultat, aboutissement et produit d'une action* »

Protocole thérapeutique I.p.355 : « *Tout ce qui concourt à la faisabilité de l'activité sanitaire* » L'ensemble des éléments qui constituent l'intérêt, la faisabilité et la réalisation de l'activité thérapeutique auprès du patient (indication, objectif, moyen, méthode, évaluation, limite)

Psychose II.p.145 : maladie mentale d'une personne qui n'a pas conscience de ses troubles et altérations de la personnalité, mais qui a conscience des conséquences de ceux-ci. Le psychotique est en dehors de la réalité, notamment à cause d'hallucinations et de délires chroniques ou aiguës.

Qualité du moment I.p.127 : « *La qualité du moment (de « désagréable » à « très agréable » synthétise l'état émotionnel et la situation sanitaire relative à la passation de l'évaluation)* ».

Relation I.p.117 : « *capacité à établir un lien de nature hors verbale dans le domaine des ressentis* ».

INTRODUCTION

Généralement admise après l'arrêt de l'activité professionnelle, la vieillesse est une notion qui reste subjective et individuelle. Cette étape normale et saine de la vie d'un être humain, s'accompagne d'un ralentissement global des fonctions organiques et mentales qui peuvent amener l'individu à perdre en indépendance. Le vieillissement est pour chaque être une période de deuils et de pertes diverses, à la fois physiques, sociales et mentales. Des douleurs accompagnent la fragilité grandissante du corps qui avance en âge et peuvent affecter le psychisme en terme de souffrances et/ou d'altérations. Aussi les quatre pénalités que sont la maladie, la blessure de vie, le handicap et le choix de vie peuvent-elles être effectives à ce moment de l'existence.

Lorsque le quotidien devient difficile à vivre sans aide extérieure, la personne âgée doit considérer l'idée d'intégrer une institution qui satisfera les besoins qu'elle ne peut plus assumer seule. De nouveaux événements tendent alors à diminuer sa qualité de vie et les répercussions sur sa santé. Le placement en institution peut être un nouveau deuil qui expose frontalement à la difficulté grandissante et à la perte des capacités. C'est un bouleversement du milieu social, du cadre de vie et des habitudes personnelles. La perte de tous ces repères n'est pas favorable à l'autonomie déjà diminuée des personnes âgées dépendantes.

L'utilisation du potentiel artistique à visée humanitaire et thérapeutique peut s'intégrer parfaitement au protocole de soin du public des EHPAD. L'Art est un mode d'expression spécifiquement humain à visée esthétique, qui engage nécessairement une mobilisation corporelle. Dans le cadre de l'art-thérapie, une personne âgée fragilisée peut constater et expérimenter par elle-même de manière physique directe ses propres capacités saines et les renforcer par la pratique. La discipline Art-thérapie est humaniste.

Ce mémoire est consacré à cet âge de la vie et sa réalité sociale, politique et environnementale actuelle. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes a été le lieu d'accueil de l'expérience résumée entre ces lignes. La caractéristique commune des personnes bénéficiant de séances art-thérapeutiques au cours du stage réalisé a donc été le vieillissement.

En premier lieu le public de personnes âgées sera présenté au regard de l'être humain, des conséquences de son état de vieillesse et de la nécessité d'intégrer un organisme de prise en charge. L'Art sera ensuite abordé dans ses généralités, puis selon sa pratique et en particulier le modelage d'argile et la peinture. Les spécificités thérapeutiques que ces deux dominantes peuvent avoir sur les individus concernés seront étudiées. Enfin une hypothèse sera avancée concernant la diminution possible de la perte d'autonomie du sujet âgé vivant en EHPAD par la pratique de l'art-thérapie.

Une deuxième partie présentera le cadre et la logistique du stage. Le personnel, les résidents et leur quotidien seront décrits. L'expérience du stage sera ensuite détaillée au regard de l'atelier mis en place et des personnes ayant été accompagnées. Trois études de cas clinique seront élaborées et leur bilan en terme d'autonomie sera réalisé afin de répondre à l'hypothèse.

Une troisième partie consistera à décrire puis à développer le rôle possible de l'art-thérapie* au sein de l'institution qui a accueilli le stage. Il y sera également évoqué un projet politique à venir qui favorisera sans doute le développement de la discipline Art-thérapeutique dans les EHPAD français. Puis un intérêt porté à l'idéal esthétique considèrera l'hypothèse de son champ et de son développement dans le but d'amplifier la capacité à vivre le plaisir.

PREMIERE PARTIE : UNE PRESENTATION DU PUBLIC DE PERSONNES AGEES, DE L'ART ET DE L'ART-THERAPIE

I. la diminution de l'indépendance d'une personne âgée peut impliquer son entrée en EHPAD.

A. Une personne âgée est avant tout un être humain.

1. L'être humain est en mouvement.

- a. Le corps est un équilibre physiologique en perpétuels échanges chimiques intérieurs et extérieurs.

Le corps permet de percevoir la réalité. Ce sont les modalités sensorielles telles que la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, les sensibilités somatiques tactiles et thermiques qui captent et communiquent, selon le type de récepteurs sensoriels qui les composent, des stimulus environnementaux sous forme chimique, mécanique ou électromagnétique au travers des systèmes nerveux. Ce phénomène est bénéficiaire de la qualité somesthésique de chacun. La sensibilité physique d'un individu dépend du nombre de récepteurs sensoriels dont disposent ses sens. Cette variance cause la limitation des modalités sensorielles et donc la limitation de la perception du monde. Ici se trouve le point de départ de la subjectivité.

La première composante tangible qui certifie à chacun sa présence est sa réalité physique. La stimulation des sens du corps apparaît primordiale afin que l'individu fasse l'expérience de sa propre vie. Le mouvement constant d'échanges et de rapports dans et entre l'environnement et le corps, apporte la sensation authentique d'exister.

A tout moment le corps agit pour satisfaire la nécessité de maintenir des équilibres internes vitaux qui assurent sa continuité. Des constantes physiologiques doivent donc être maintenues au sein de l'organisme, comme par exemple la température, la pression artérielle ou le débit sanguin. Mais les variations de l'environnement imposent à ces équilibres internes des conditions externes fluctuantes. C'est pourquoi « *les équilibres dans l'organisme ne sont pas, en général, des équilibres statiques, mais des équilibres homéostatiques. Ils se maintiennent malgré des conditions externes variables.* »¹.

- b. L'équilibre psychique et les fonctions mentales composent l'entité psychologique d'un être humain.

L'esprit humain est plus que le lieu des idées ou l'expression de la conscience. A l'heure actuelle, un pluralisme de disciplines ontologiques tente d'en déterminer l'origine, le fonctionnement et les manifestations de façon scientifique.

Comme l'organisme, le psychisme est une somme de mouvements à la recherche d'un équilibre au sein duquel l'être humain peut être en adéquation avec son environnement. Cette adaptation de l'individu s'organise en fonction des informations recueillies par les modalités sensorielles. Diverses facultés mentales conscientes ou non, traitent et codent ces données. Il s'agit entre autre de la mémorisation, l'attention, la perception, le raisonnement, les émotions, la vigilance, le jugement, l'humeur, le langage, les sentiments, les instincts. Au bout de cette chaîne complexe, le psychisme génère des réponses motrices archaïques ou sophistiquées selon qu'elles varient du réflexe instinctif au comportement social.

Les fonctions mentales sont plus ou moins sectorisées. Elles s'établissent dans les systèmes et réseaux nerveux centraux et périphériques, au sein desquels les neurones caractérisent l'activité psychique. Si le cerveau est traditionnellement reconnu comme le centre de la cognition, ses ramifications s'étendent vers de multiples organes et les neurosciences emploient l'expression d'un « *second cerveau*² », un cerveau entérique.

Pareil à l'organisme, le psychisme peut manifester des affections. Des perturbations cognitives, comportementales ou émotionnelles - comme l'humeur dépressives ou le trouble mnésique - sont induites par des facteurs d'origine biologique acquise ou génétique, ou pouvant résulter de l'histoire personnelle du sujet et de l'interprétation qu'il a faite de ses expériences vécues. Une

¹ Ruyer Raymond, *la Cybernétique Et L'origine De L'information*. Editions Flammarion, science de la nature, 1968, p.51

² Gershon Michaël D., *The Second Brain*, Harper Paperbacks, New-York, 1999

affection psychique génère une souffrance, perçue directement ou indirectement par le sujet ou par son entourage.

c. L'être humain est en lien constant avec les siens.

Les entités physique, psychique et sociale de l'être humain constituent sa nature : « *naturellement l'homme est un être sociable* »¹. La société est un état particulier à certains êtres qui vivent en groupe plus ou moins nombreux et organisés. Depuis les premières traces qu'il a laissées jusqu'à nos jours, l'être humain vit spontanément en société. En 330 avant J.C., Aristote soutenait que pour réaliser sa nature complète, l'Homme tend à vivre en cité¹. Du point de vue psychique, il est démontré désormais que l'enfant ne connaît pas un développement psychomoteur normal lorsque ses rapports humains ne combinent pas sagement ses besoins relationnels. Le rapport à l'autre est nécessaire à l'existence humaine viable.

L'aptitude à vivre ensemble est donc capitale. Elle est déterminée par la capacité relationnelle dont le support est la communication. L'expression d'un langage commun (verbal ou non verbal) dirigé vers l'autre, permet à l'être humain d'entrer en communication afin de transmettre des informations. Mais il en faut plus pour établir une relation qui seule permet le développement d'un rapport de communion entre les Hommes. Au sein de la relation domine la fonction existentielle de chacun plutôt que la compréhension commune de deux individus distincts. Un individu qui n'est pas capable de relations humaines propices au maintien du lien social est en souffrance.

2. L'être humain a des besoins qui doivent être satisfaits.

a. Diverses théories répertorient les besoins de l'être humain et leur fonctionnement hiérarchique. (Annexe 1)

Lorsque les équilibres vitaux ne sont pas suffisamment satisfaits, les conditions dont l'épanouissement de la vie humaine dépend ne sont pas remplies. Ces déséquilibres ont pour conséquence de provoquer chez l'individu la sensation physique d'un défaut ou le sentiment d'un manque. Cette exigence d'une chose nécessaire est l'expression d'un besoin.

En 1947, Virginia Henderson² propose un modèle d'interdépendance de quatorze besoins humains fondamentaux. Plus tard, les travaux mondialement reconnus du psychologue humaniste A. Maslow³ définissent cinq besoins fondamentaux selon un ordre hiérarchique, une évolution croissante ou décroissante et une dynamique individuelle, fonction des attributs biophysiques, psychologiques, culturels et spirituels de chacun. En 1979 ce modèle a été appuyé et enrichi par Rosette Poletti⁴ qui déterminait deux besoins fondamentaux de plus.

b. L'insatisfaction des besoins humains peut entraîner des douleurs et des souffrances.

La nature impermanente de l'environnement cause sans cesse des déséquilibres vitaux. Afin de les rétablir, une dynamique d'adaptation s'établit dans les milieux internes et externes de chacun. Ce processus dynamique de la vie consiste en l'alternance de manques et de satisfactions.

L'élément qui motive l'être à combler son besoin est le manque. Il est donc inhérent et indispensable au mouvement constant des interactions physiologiques et psychologiques internes et externes. Mais l'insatisfaction d'un besoin génère une gratification sensorielle négative, comme le déplaisir, la faim ou la peur. Lorsqu'un manque perdure, le déséquilibre occasionné fait progressivement passer l'individu de la vie à la survie en générant inévitablement une souffrance psychologique. Plus encore, l'insatisfaction plus ou moins durable des besoins

¹ Aristote, *La Politique*, J. Tricot, Vrin, Paris, 1995, chap.1

² Née à Kansas City en 1897, cette infirmière et enseignante en soins infirmiers a permis de développer la conception de la profession d'infirmière Infirmière suisse en soins généraux et psychiatrie.

³ Maslow Abraham, *Devenir le meilleur de soi-même*, Eyrolles, Paris, 2008

⁴ Rosette Poletti est l'auteure de nombreux livres concernant notamment la conception du métier d'infirmière et les sujets de l'autonomie et du deuil.

physiologiques de base, entraîne progressivement une réponse physiologique de douleur qui s'accompagne d'une détresse psychologique plus ou moins importante.

c. Qualité de vie et bonne santé découlent de la satisfaction des besoins humains.

La qualité de vie et la bonne santé sont issues de la satisfaction ou l'insatisfaction des besoins. En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé¹ 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 lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ».

La qualité de vie est donc avant tout une notion subjective, envisagée selon les sentiments et les représentations de chacun concernant la satisfaction qu'il conçoit et ressent de son existence. C'est une notion variable dans le temps, qui peut progresser ou décliner. Toutes les dimensions existentielles et sanitaires d'un individu concourent à déterminer sa qualité de vie, selon le besoin qu'il a de contenter celles-ci.

Un facteur important de la qualité de vie est la bonne santé. Toujours selon l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »². Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946, mais l'OMS discute aujourd'hui de l'importance d'y ajouter la notion de spiritualité.

Un état de bien-être physique est apporté par le contentement des besoins physiologiques de base et du besoin de sécurité au regard d'une protection assurée du corps. Le bien être mental est synonyme d'équilibre psychologique et de fonctions mentales performantes, nécessitant la satisfaction des besoins de sécurité psychologique, d'amour, d'appartenance, de propriété, d'estime des autres et de soi. Le bien être spirituel pourrait être garanti par la satisfaction du besoin d'accomplissement et de réalisation. Mais malgré cette répartition exhaustive des besoins en fonction d'une qualité spécifique de bien-être, la santé est un état global auquel ne peut être soustrait aucun des besoins de l'être humain. L'état de bien-être sanitaire et existentiel nécessite une juste proportion de satisfaction des divers besoins fondamentaux de l'être humain.

B. La vieillesse est l'évolution normale de la vie humaine.

1. La vieillesse est définie selon certains critères.

a. Des autorités officielles déterminent la vieillesse.

L'âge est la donnée fixe qui détermine la vieillesse, l'OMS le fixe à 60 ans. Selon la même source, « *entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale âgée de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11 % à 22 %* »³. Le nombre de personnes âgées évoluera de 65 millions aujourd'hui à probablement deux milliards d'ici l'année 2050. Jean Luc Sudres ajoute qu'« *en 2040 les âgés représenteront 33% de la population totale dans la plupart des pays industrialisés de la planète. [...] Depuis 2010, la France compte d'avantage de personnes de plus de 60 ans que de jeunes de moins de 20 ans.* »⁴. L'espérance de vie gagne un trimestre par année dans l'hémisphère nord. Ceci correspondrait au succès médical dans la prise en charge des maladies, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie.

b. La psychopathologie et la médecine gériatrique décrivent le processus de vieillissement.

La vieillesse est l'état du dernier âge de la vie résultant du processus de vieillissement. C'est une étape normale et saine de l'existence. Il est important de signaler la différence entre le vieillissement et les pathologies qui l'accompagnent souvent.

¹ Whoqol Group (Geneva). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol group). *Quality Life Research*, 1993, 2, pp. 153-159.

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

³ Organisation Mondiale de la Santé, *vieillesse et qualité de vie*, programmes et projet, 2014 (en ligne, consulté le 07/12/14). Disponible sur le World Wild Web : « <http://www.who.int/ageing/fr/> »

⁴ Sudres Jean-Luc, Roux Guy, Laharie Muriel, De la Fournière François, *La personne âgée en art-thérapie*, L'Harmattan, Paris, 2004, p.15

La dynamique physiologique du vieillissement est appelée sénescence. Elle est inscrite dans le code génétique et traduit l'action du temps sur l'individu. Ce processus consiste en un ralentissement global des fonctions organiques et mentales, provoquant une diminution de la résistance et de l'efficacité de l'organisme. Des douleurs pouvant être chroniques accompagnent la fragilité grandissante du corps qui avance en âge et peuvent affecter le psychisme en terme de souffrance et/ou d'altérations. Le vieillissement amène généralement le sujet à perdre en indépendance et en autonomie. La fatigabilité est normale. Elle est la conséquence des changements physiologiques de cet âge, qui de plus provoquent fréquemment des troubles du sommeil pouvant présenter une chronicité comme l'insomnie.

Tous les aspects de la vie psychique peuvent être concernés par le ralentissement globales des fonctions : « *l'affectivité, le jugement et le raisonnement, les capacités cognitives, le comportement, la vie imaginative.* »¹. Le trouble mnésique ou syndrome amnésique, est notable à cet âge de la vie. C'est un dysfonctionnement cognitif caractérisé par une amnésie rétrograde (souvenirs antérieur au début du trouble) ou une amnésie antérograde (incapacité à acquérir de nouvelles informations, à apprendre, à mémoriser). Concernant les psychopathologies de la vieillesse, la dépression et le trouble anxieux forment le groupe le plus important des maladies mentales de la personne âgée, suivit par la démence.

2. Il existe une réalité sociale et culturelle de la vieillesse contemporaine.

a. La vieillesse est communément vécue comme la proximité d'une mort qui effraie.

Les progrès de la médecine et la qualité actuelle des conditions de vie permettent une durée de vie plus longue mais augmente considérablement l'exposition aux facteurs de risque sanitaire. La quantité de décès augmente naturellement de manière significative au delà de 65 ans. A partir de cet âge, les causes largement dominantes de mortalité sont les maladies cardiovasculaires, viennent ensuite les cancers. La vieillesse est pour chaque être humain une période de perte d'amis, de collègues, de compagnons. En 2002 79 % des décès en France était ceux de personnes de 65 ans et plus.

Le vieillissement est un processus de deuil. L'individu âgé voit son potentiel vital diminuer à la fois physiquement, socialement et mentalement. Ce constat lui révèle sa proximité de la finitude existentielle. Le deuil de soi et une réalité opérante de la vieillesse, qui provoque le plus souvent une peur et une résistance s'exprimant de manière diverses.

Cet état de fait de la dernière période de la vie explique pourquoi la vieillesse peut être communément anxiogène pour les âgés et pour tous les êtres humains.

b. La vieillesse est représentée comme l'âge de l'inutilité, de la faiblesse et de la vulnérabilité.

Le terme d'âgisme définit en 1969 aux États-Unis par le gérontologue Robert Butler, décrit un comportement discriminatoire et des préjugés à l'encontre de personnes en raison de leur âge. Il s'agit selon l'observatoire de l'âgisme, de la troisième discrimination la plus fréquente après l'origine et le handicap en France. L'observatoire explique encore que cette discrimination touche surtout les français dès la cinquantaine et que l'accroissement du nombre de personnes âgées risque accentuer ce phénomène.

L'entrée dans l'état de vieillesse est généralement admise après l'arrêt de l'activité professionnelle. Les seniors peuvent alors être stéréotypés comme incapables de travailler et perçus mentalement lents, physiquement faibles, considérés comme inutiles voir handicapés. Selon l'institut TNS Sofres, 23 % de la population française associe vieillesse et charge, 18 % y voit un signe de déclin et 16 % la rattache au terme de handicap. L'âgisme envers les seniors révèle une crainte de la dégradation physique et mentale.

Néanmoins, la tendance traditionnelle de l'Humanité est de considérer les aînés avec respect et affection, comme les vecteurs rassurant de sagesse et d'expérience. Encore selon l'institut TNS Sofres, 45 % des français évoquent le terme de " vieillesse " comme synonyme d'expérience,

¹ Debray Quentin, Granger Bernard, Azais Franck, *Psychopathologie de l'adulte*, Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2010, p.329

40% l'assimilent même à la sagesse et 30% considèrent la maturité des séniors comme une richesse pour la société.

c. Les personnes âgées peuvent être exclus, isolés et soumis à la précarité¹.

Le marché du travail devient de moins accessible aux chercheurs d'emplois dès la cinquantaine. Pour beaucoup d'entreprises, l'individu a perdu en rentabilité et en efficacité. La précarité des chômeurs de plus de cinquante ans croît de façon préoccupante. L'augmentation du niveau de vie et la stagnation des plafonds de retraite favorisent la précarité des personnes âgées. Néanmoins selon l'Institut Nationale des Statistiques et des Etudes Economique, depuis 1975 « *le taux de pauvreté des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence a 65 ans ou plus a été divisé par 4.* ». Par comparaison, « *celui des personnes vivant dans des ménages jeunes n'a diminué que de deux points.* ».

Toujours selon l'INSEE, deux âges sont à noter concernant le niveau de vie durant la vieillesse. La fréquence d'entraide familiale et sociale apportée aux personnes âgées passe de 79 % à 42 % entre 65 ans et 80 ans. Les seniors de plus de 75 ans sont majoritairement des femmes seules qui ont peu ou pas travaillé. Elles disposent de faibles ressources, la pension de reversion de leur mari étant pour certaines leur seul revenu. En 2001, ces femmes « *percevaient un montant moyen de retraite de 606 euros* » mensuel. « *Cette moyenne est inférieure de 56 % à celle versée aux hommes (1 372 euros)* ». À l'opposé, les seniors les plus jeunes ont accompli des carrières plus complètes et souvent mieux rémunérées ; les femmes ont aussi plus souvent travaillé.

Les retraités peuvent vivre un sentiment d'inutilité face à la société au moment de l'arrêt de leur profession. Le manque de relations sociales peut entraîner le sujet dans un isolement affectif et relationnel. Après 80 ans, « *les contacts se concentrent sur un nombre de plus en plus limité d'interlocuteurs : cinq par semaine pour les 85 ans ou plus contre neuf pour les 55-59 ans. Seules les relations familiales se maintiennent* »². L'absence ou l'éloignement des proches peut provoquer un manque considérable et bien souvent dans la mesure du possible, les retraités choisissent de se rapprocher de leurs enfants. « *Les chances de ressentir le passage à la retraite comme une période positive varient surtout en fonction de la situation familiale et de l'état de santé.* »³.

3. La vieillesse engendre des problématiques pour le sujet âgé.

a. La maladie, le handicap, la blessure et le choix de vie peuvent pénaliser les sujets âgés.

L'individu vieillissant souffre couramment de polypathologies. Selon l'OMS⁴, 30 % des personnes âgées de plus de 85 ans sont atteintes d'un déclin cognitif, dont 70 % seraient dus à la maladie d'Alzheimer. La fréquence des affections chroniques augmente avec l'âge. Les hospitalisations sont le plus souvent motivées par des maladies chroniques comme la tumeur maligne, les maladies cardiaques ou respiratoires. « *C'est aux âges avancés que les taux d'hospitalisation sont les plus élevés : 438 pour mille chez les 65-74 ans, 578 chez les 75-84 ans, 616 au-delà.* »⁵. De plus, des états fonctionnels altérés qui entraînent une gêne s'aggravant avec l'âge sont des affections courante chez les séniors. La cataracte et l'usure de parties de la hanche sont les deux plus fréquentes. La maladie a pour conséquence la peur de mourir, la diminution de la qualité de vie et la diminution de projection.

A 60 ans, 5 % d'entre nous avons besoin d'une aide pour certaines petites activités de déplacement ou d'effort. Le handicap est le désavantage résultant d'une incapacité. Il entraîne une perte de notion de sujet, par une dépersonnalisation : le sujet devient objet de soin. L'apparition du handicap chez la personne âgée est majoritairement due à des déficiences

¹ INSEE, *Les personnes âgées*, Fiche thématique, édition 2005, pp. 116-122. Disponible sur le World Wild Web : « http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?ref_id=PERSAG05&nivgeo=0 »

² INSEE, *Les personnes âgées*, fiche thématique, édition 2005, p.72. Disponible sur le World Wild Web : « http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?ref_id=PERSAG05&nivgeo=0 »

³ *ibid.*, p.80

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, *vieillesse et qualité de vie*, programmes et projet, 2014 (en ligne, consulté le 10/12/14). Disponible sur le World Wild Web : « <http://www.who.int/ageing/fr/> »

⁵ INSEE, *Les personnes âgées*, fiche thématique, édition 2005, p.80

sensorielles ou du langage, mais aussi intellectuelles et mentales, et à un moindre degré motrices. La fracture du col du fémur peut aussi avoir des conséquences handicapantes. La majoration des handicaps du sujet âgé provient surtout de l'augmentation des maladies chroniques à cet âge. Le vieillissement peut être vécu comme une blessure de vie car la diminution et le ralentissement des capacités peut être très mal vécu. Comme précédemment décrit, le passage à l'âge de la retraite peut créer une rupture traumatique dans la vie d'un individu. L'augmentation de l'exposition aux risques sanitaires liée à l'accroissement de la longévité, expose proportionnellement plus l'individu vieillissant à des blessures de vie causées par ces mêmes risques. La condition de vie des personnes âgées requière pour nombre d'entre elles de considérer les pertes d'une partie ou plus de leurs milieux sociaux, culturels, familiaux pouvant être causées par la mort de proches, la nécessité d'être placé en institution ou une incapacité physique ou psychique. Ces événements provoquent une perte de saveur existentielle : il devient difficile de donner du sens à sa vie.

Les choix de vie des personnes âgées peuvent être vécus comme une fatalité douloureuse. Le vieillissement incombe de faire des choix contraignants, soumettant le sujet à la fatalité de sa condition psychomotrice régressive. L'institutionnalisation est un choix de vie majoritairement redouté par nos aînés. Faire le choix de se séparer de son animal de compagnie ou devenir une charge financière pour sa famille n'est souvent pas la volonté des sujets concernés. Le choix de vie s'accompagne de culpabilité.

b. Les pénalités dues à la vieillesse peuvent engendrer des carences de l'estime de soi¹.

Que son vieillissement soit source de pathologies ou non, l'adulte qui vieillit a généralement conscience des modifications morphologiques qui rendent difficile le maintien de sa capacité d'indépendance. Cette « *blessure narcissique* »² se traduit par « *une perte ou une diminution de l'estime de soi, définie comme la capacité à se donner une valeur.* »³. Le sujet vieillissant peut souffrir d'une peur accrue de la mort et de la déchéance due ou non à la maladie. La culpabilité d'être à la charge de ses proches et de la société, mais aussi de ne plus être performant comme auparavant, peut provoquer des sentiments de colère et de rejet de soi. La frustration au moment de la vieillesse peut être très grande au regard d'un sentiment « *d'inutilité sociale* »⁴, du regret d'un passé productif et fécond révolu.

Par conséquent, l'inhibition sociale et relationnelle du sujet âgé peut se développer au détriment de l'affirmation de soi. Sa capacité à agir peut être endommagée par des difficultés motrices ou émotionnelles et détériorer fortement sa confiance en lui. Le plaisir à vivre au regard que porte le sujet âgé sur sa condition peut fortement atténuer son amour pour l'existence.

c. Les souffrances générées par des pénalités peuvent produire des comportements caractéristiques chez le sujet âgé.

La dépression du sujet âgé et ses symptômes peuvent être faussement considérés comme inhérents à l'état de vieillesse. Cette maladie entraîne des troubles de l'humeur, une inhibition, des symptômes associés et « *une perte dominante de l'estime de soi* »⁵. Les signes cliniques particuliers de ces troubles chez le sujet âgé sont une qualité particulière d'humeur triste caractérisée par une absence à ses sentiments, à son corps et au monde extérieur pouvant parfois conduire à l'anorexie. Mélancolie et sentiment d'indignité peuvent caractériser la perte d'estime de soi du sujet âgé.

Le trouble anxieux génère une difficulté d'adaptation importante. Un stress s'exprime par des états réactionnels pouvant aller de l'agressivité à la parentalisation et par des troubles somatiques de la motricité intestinale le plus souvent et aussi respiratoires.

¹ L'estime de soi est la capacité à s'attribuer une valeur. Cette notion est définie en partie 1.III. c.2

² Forestier richard, *l'évaluation en art-thérapie*, Fabrice Chardon, *art-thérapie à dominante musicale pour personnes âgées démentes*, Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2007, p.51

³ *ibid.*

⁴ *ibid.*

⁵ DEBRAY Quentin, GRANGER Bernard, AZAÏS Franck, *Psychopathologie de l'adulte*, 4^e ed. Elsevier Masson, coll. *Les âges de la vie*, Issy-les-Moulineaux, 2010, p.339

Des excès ou des déficits de comportements sont causés par les démences. Les excès sont en majorité des manifestations d'agitations agressives. Les déficits eux sont très nombreux, les pertes cognitives et l'altération de la mémoire sont les plus efficaces et invalident plus ou moins rapidement le sujet, impactant sa vie quotidienne dans sa globalité.

La difficulté d'adaptation caractérise l'état de vieillesse. Le sujet âgé a tendance à donner à son existence une dynamique de plus en plus rythmée, ce qui sécurise son quotidien et bien souvent dissimule par le contournement des pertes dues au vieillissement.

C. L'entrée en institution d'un sujet âgé a des causes et des conséquences.

1. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées est une institution.

a. Un EHPAD peut être défini en termes d'utilité, de service et de finalité.

Une structure d'hébergement de personnes âgées devient un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes lorsqu'elle signe une convention tripartite avec le Conseil Général et la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale. Cette convention impose certaines conditions de fonctionnement à l'établissement, tant sur le plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et des soins qui sont prodigués à ces dernières. Un EHPAD peut être public, privé associatif ou privé lucratif et accueille des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou d'indépendance plus ou moins élevée.

b. Diverses formes d'EHPAD existent et leurs fonctionnements diffèrent.

Les EHPAD représentent 95 % des maisons de retraite, 84% des unités de soins de longue durée (USLD) et 13 % des logements-foyers. Il en existe 6 850 en France, ce qui représente plus de 500 000 places d'hébergement. Ils constituent la majorité des établissements d'accueil pour personnes âgées.

Une maison de retraite est un établissement collectif offrant une prise en charge globale de la personne âgée. Les soins de longue durée sont des établissements hospitaliers publics assurant l'hébergement de personnes âgées atteintes d'affections chroniques nécessitant un environnement médical permanent, avec des moyens plus lourds que ceux d'une maison de retraite. Le logement foyer est un ensemble résidentiel constitué de petits logements autonomes, doté de services collectifs et peu ou pas médicalisé.

c. L'association des différents secteurs d'un EHPAD nécessite une planification et une logistique coordonnées.

La direction est à la tête du pôle administratif. Le cadre de santé est garant de la collaboration entre la direction et les pôles médicale et social de l'institution, son travail est primordial. L'équipe interne des soignants est coordonnée et interne à l'établissement et permet une permanence médicale. Un médecin généraliste ou gériatre assure la coordination des soignants et la formation des différents professionnels médicaux intervenant auprès des résidents. Le rôle du médecin coordonnateur est aussi important que celui du cadre de santé et garanti la proximité institutionnelle avec les résidents.

Un psychologue et une équipe paramédicale d'infirmières et d'aides soignantes donnent les soins aux patients. L'équipe sociale est composée d'un animateur. Les agents de services généraux (hygiène, entretien, restauration) participent à la dynamique sociale de l'institution.

La vie en collectivité et l'activité de ces divers services impliquent un rythme et des règles. Les journées sont organisées du lever au coucher, de la toilette aux repas, en passant par les animations et les sorties pour les résidents. La possibilité d'adapter cette organisation selon leurs choix est très restreinte.

2. Il y a des motifs et des incidences sur la vie d'une personne âgée à son placement en institution.

- a. Le placement est un évènement qui oblige un changement spatial et matériel du sujet concerné.

58 %¹ des résidents d'établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes ont le sentiment de ne pas avoir été préparés à leur entrée en institution. Ce nombre dénote le caractère déplaisant du placement. Un déménagement à cette période de la vie sollicite une capacité d'adaptation déjà diminuée par l'état de vieillesse. L'institutionnalisation signifie une perte des repères s'effectuant selon une suite de ruptures avec le milieu de vie, les habitudes, le quotidien dans son ensemble. Elle signifie aussi un changement de statut passant de l'individu citoyen retraité au résident âgé dépendant. La vie devient collective et les voisins ne sont plus ceux de tous les jours, mais des résidents âgés également dépendants. Le placement en EHPAD est aussi synonyme de dernière demeure.

- b. L'entrée en institution est générée par un évènement temporel signalant une incapacité physique ou psychique.

L'altération de l'état de santé due à l'âge est la raison la plus courante d'un placement en institution. Outre les pathologies dues au vieillissement, la chute est à l'origine d'un nombre considérable de dégradation des capacités physiques des personnes âgées. Les raisons moins courantes sont le sentiment de solitude et le fait que l'entourage ne puisse plus aider. La solitude peut être anxiogène au regard de la diminution des capacités et lorsque les proches ne peuvent plus apporter d'aide soit financière soit quotidienne, la situation de la personne âgée à domicile peut devenir critique. Une autre raison du placement en institution est le coût des interventions à domicile.

Un résident sur dix et quatre proches de résidents sur dix² citent d'autres raisons à un placement telles que la condition insalubre de logement, la dégradation de l'état de santé du conjoint, le décès du conjoint, le besoin de se sentir en sécurité, la volonté de gagner de la tranquillité, de retrouver une certaine indépendance et de ne pas être un poids pour les autres. Ce sont les proches qui motivent le plus souvent un placement et le sujet âgé peut avoir le sentiment de le subir.

- c. Les raisons d'un placement sont la perte d'indépendance voir d'autonomie.

Un placement en institution ne reflète pas les aspects positifs de l'existence, au contraire il s'effectue au moment d'une faiblesse particulière et souligne l'incapacité de la personne à y faire face sans aide supplémentaire. L'entrée en EHPAD permet de prendre en charge des sujets selon leur niveau de dépendance. Six Groupes Iso-Ressources (couramment abrégés GIR), classés dans la grille d'évaluation des capacités des personnes âgées à accomplir certaines activités (dénommée grille AGGIR : autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources) permettent de classer le niveau de dépendance d'une personne. C'est à l'issue de ce procédé qu'est proposée une prise en charge adaptée.

Le mot "soin" est issu du latin *sonium* qui signifie "souci" et est à l'origine des mots "soigner" et "besoin". Le soin est un souci du bien-être de celui qui se trouve dans le besoin, à l'image de la personne âgée dépendante. « *La réalité de la souffrance du corps des personnes âgées est indéniable et explique qu'elles soient consommatrices de soins de façon prédominante*

¹ Collectif, *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, Dossiers solidarité et santé, DREES, n°18, 2011, p.22. (En ligne, consulté le 06/12/14) Disponible sur le World Wild Web : « <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-vie-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-du-point-de-vue-des-residents-et-de-leurs-proches,7816.html> »

² Collectif, *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, Dossiers solidarité et santé, DREES, n°18, 2011, p-p. 19-20. (En ligne, consulté le 06/12/14) Disponible sur le World Wild Web : « <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-vie-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-du-point-de-vue-des-residents-et-de-leurs-proches,7816.html> »

dans la société. »³. Lorsqu'un besoin n'est pas satisfait, une dépendance se crée. C'est ainsi que le placement peut être une nécessité pour répondre aux besoins physiologiques fondamentaux et au besoin de délivrance de la douleur que définit Rosette Poletti.

L'autonomie est la capacité à faire ses propres choix, à choisir librement sa conduite. Celle de la personne âgée peut être endommagée par le processus de vieillissement. C'est notamment le niveau d'altérations des fonctions cognitives qui aura cet effet, pouvant en grande partie être dû à des pathologies de type démentiel.

2. L'institutionnalisation d'un sujet âgé entraîne des conséquences¹.

a. L'institution apporte des soins, une sécurité et une proximité relationnelle possible.

Le « *bien entrer* » en établissement a un effet majeur sur le « *bien y vivre* ». Trois résidents sur quatre déclarent avoir plutôt bien ou très bien vécu leur arrivée en établissement. Les aspects positifs les plus souvent cités sont la qualité du service rendu et l'environnement apaisant de l'institution (calme, tranquillité, etc.).

Les EHPAD sont des établissements médicalisés, qui disposent en continue d'une équipe soignante chargée d'assurer les soins nécessaires à chaque résident, le mieux en fonction de sa situation personnelle. Cette proximité d'une équipe médicale et d'agents paramédicaux contribue à rendre le séjour en institution sécurisant. Il soulage en grande partie les résidents de l'anxiété qu'ils pouvaient développer concernant leur situation sanitaire et existentielle avant leur prise en charge. Les soins soulagent aussi les corps fatigués, ils apportent un réconfort stimulant par l'attention et l'échange qu'il génère. Ces faits rassurent les familles qui pouvaient être dans l'inquiétude d'incidents pour leur proche âgé.

L'institution peut donner également un réconfort relationnel et un soutien psychologique à ses résidents. Les agents sociaux apportent écoute, compréhension et familiarité bienveillante. Qu'elle soit publique, privée, à but lucratif ou non, une institution pour personnes âgées dépendantes est censée être un service de soin et d'accompagnement de sujets adultes âgés.

b. L'institutionnalisation peut éloigner le sujet de ses proches.

La moitié des résidents d'EHPAD ne sort jamais de l'institution, un tiers ne pouvant le faire en raison d'un état physique qui nécessite des aides particulières pour le déplacement et la locomotion. Il s'agirait du désir le plus exprimé par les personnes résidents en EHPAD (toujours selon l'enquête du DREES annotée en titre). Pour ceux qui souhaiteraient et pourraient le faire mais ne le font pas, la possibilité de promenade dans le jardin, le parc ou les locaux de l'institution ne suffit pas. Il n'y a pas de données permettant de comprendre pourquoi ces personnes ne sortent pas de l'institution malgré leur désir de le faire. Une appréhension semble être la raison la plus probable.

La part des résidents étant en contact assez réguliers avec leur famille est de 62 % pour les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6) et de 34 % pour les plus dépendantes (GIR 1 et 2). De manière générale, le contact familial décroît nettement avec l'augmentation de la dépendance et la perte d'autonomie. Sept sur dix sujets déplorent le fait de ne jamais aller dans leur famille. Cela signifie entre autre, que la majorité des résidents qui ne sortent pas de l'institution désire voir plus ses proches. Le sentiment de solitude est la troisième plainte la plus fréquente des sujets âgés dépendants institutionnalisés.

c. Le rythme institutionnel et l'importance donnée aux soins vont de paires avec une perte d'intimité.

L'institution est un lieu de vie collectif où les rythmes personnels des résidents s'adaptent à l'emploi du temps général, ce qui ne les contente pas toujours. 18 % des résidents aimeraient

³ Ferey Gilbert, Le Gouès Gérard, *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2008, p.

¹ Collectif, *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, Dossiers solidarité et santé, DREES, n°18, 2011, p.p.32-53 (En ligne, consulté le 06/12/14) Disponible sur le World Wild Web : « <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-vie-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-du-point-de-vue-des-residents-et-de-leurs-proches,7816.html> »

que le repas du soir soit plus tardif. En fonction des nécessités de soins médicaux, d'aide à l'hygiène personnelle ou de ménage des chambres et appartements, les résidents suivent les horaires institutionnels. Celles-ci sont instaurées en fonction des rythmes du public, mais elles ne peuvent répondre au rythme des individus. C'est donc aux résidents d'adapter le déroulement de leurs journées en fonction des impératifs collectifs et professionnels. Certains cependant trouvent ce cadre sécurisant.

41 % des résidents déclarent ne pas sortir en dehors de l'établissement pour autre chose que les soins médicaux qui prennent une grande ampleur dans la vie des sujets âgés dépendants institutionnalisés. La médecine pratique une vision objectivée de la personne, basée sur sa pathologie¹ et les soins quotidiens apportés en EHPAD sont médicaux et focalisés sur les pathologies. Malgré toute la qualité humaine du personnel soignant, le partage d'intimité du sujet est motivé par sa pathologie, sa dépendance, son incapacité. Toutefois une diversité de soins paramédicaux s'instaure progressivement dans les EHPAD.

d. L'anonymat et l'objectivation du sujet peuvent être induites par le cadre gestionnaire d'une institution.

« 66 % des résidents d'EHPAD déclarent avoir apporté du mobilier personnel provenant de leur domicile ou acquis au moment de l'entrée en établissement. Cette possibilité est saisie par presque tous les résidents des logements-foyers (97 %), elle l'est nettement moins en maison de retraite (56 %) et en USLD (35 %). ». L'appropriation de l'espace privé des résidents en EHPAD n'est pas aussi répandue qu'elle pourrait l'être. Les résidences pourraient être avant tout considérées comme des lieux de vie. La préservation de l'intimité et de l'identité pourrait être apportée par des éléments tels que la personnalisation des chambres ou des appartements, avec des biens identitaires et selon les goûts esthétiques des sujets dans la mesure de la préservation des locaux. Le fait de ne pas se sentir chez soi et d'avoir dû se séparer de ses biens (y compris se séparer de sa maison personnelle) sont les deux plaintes les plus fréquentes concernant un mal-être institutionnel.

e. Des pénalités spécifiques peuvent être induites par l'institutionnalisation.

L'institutionnalisation peut ne pas être souhaitée par la personne âgée elle-même. Elle vivra alors cet événement comme une trahison, une sorte d'abus de sa personne et de sa volonté, voir un abandon de ses proches et de la société, qui le contraint à l'exclusion. Lorsque le placement est un choix du sujet âgé dépendant, les pertes et bouleversements qu'il occasionne sont potentiellement traumatisants malgré tout. Le changement le plus souvent précipité et mal préparé d'espace, de rythme et de milieu social est une expérience brutale, que même un adulte indépendant vit avec stress. La bonne préparation au changement de lieu de vie, l'absence de précipitation et la participation active et décisionnelle du futur résident à son placement ont un impact positif significatif sur les premiers mois d'institutionnalisation. Cela ne signifie pas que l'événement sera doux, plaisant et libérateur pour autant. Alors lorsque dans la grande majorité des cas toutes ces précautions ne sont pas prises, la blessure de vie et le choix de vie sont des pénalités que le placement en institution peut générer.

II. L'Art et ses diverses techniques sollicitent des spécificités humaines.

A. L'être humain et l'Art sont en lien.

1. L'être humain est une personnalité à la volonté propre.

a. Une personne est différenciable au sein d'un groupe avec lequel elle est en relation.

Ses caractères physiques permanents et immuables donnent à un sujet son identité. La physionomie ou la physiologie sont des particularités physiques qui permettent d'identifier un être humain en tant que tel et ce malgré le temps et les circonstances de la vie.

¹ Jouaud Daisy, *Une expérience d'art-thérapie au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Faculté de médecine François Rabelais Tours, Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2010

Tous les êtres humains sont aussi des individualités originales car tous sont différenciables. Les différences d'un individu à l'autre définissent les identités de chacun, malgré les caractéristiques communes à l'espèce humaine. Ces différences sont innées et ne disparaissent pas avec le temps même si toutefois des événements peuvent avoir un impact sur les caractères identitaires. Un accident ou une opération de chirurgie plastique peuvent modifier ou personnaliser l'identité. La signification et la reconnaissance identitaire par autrui sont nécessaires. En cas contraire, l'individu est un anonyme. L'identité est un des fondements du sujet.

b. L'être humain est une entité autonome qui a des intentions et les exprime.

L'individu est un sujet. C'est un être aux potentialités affectives propres, qui font de lui une personne. Les sentiments - issus des émotions - sont représentés selon la personnalité. L'attitude est leur expression physique et sa mise en action volontaire dans un contexte social est le comportement. Du ressenti aux actes en passant par la perception et l'intention, la personnalité conditionne le traitement des informations et leurs réponses. Elle est l'origine de la capacité de faire des choix personnels et de décider sa conduite librement. Les événements et le contexte peuvent moduler la personnalité¹. Elle est donc l'expression visible de l'autonomie d'un sujet. Lorsque l'expression de la personnalité n'opère pas, le sens de l'existence se perd et le sujet devient objet.

c. La personnalité est identifiable par son style et ses goûts.

L'affirmation d'un goût nécessite que la subjectivité de l'individu soit effective et que celui-ci soit en capacité de l'exprimer. Affirmer ce que l'on aime ou pas, c'est faire preuve d'autonomie et se saisir de son pouvoir décisionnel. En Art, l'affirmation verbale et non verbale du goût par des choix révèle la présence plus ou moins prononcée de la personnalité. Les intentions esthétiques de l'individu tendent à répondre au désir de contenter son goût. Lorsque le sujet s'assume, il assume ses goûts et sa personnalité est alors exprimée. Le style lui, est révélateur de l'identité de l'individu. En Art, c'est la forme que prend la subjectivité. Vestimentaire, langagier, pictural ou bien encore musical, le style est unique. Il concrétise le caractère propre et permanent de l'individu, même s'il peut être personnalisé ou modifié par des accidents de la vie.

2. L'Art est généré par l'être humain.

a. L'Art est produit par l'artiste.

L'Art est généré par une composition fructueuse de raison et d'émotion, selon laquelle l'artiste s'évertue à mettre en œuvre dans une visée esthétique. Ce mode d'expression spécifique à l'être humain se différencie donc de toute expression dont la primauté intentionnelle n'est pas l'esthétique, cette « *science du beau* » comme la nomme Baumgarten. Avant d'être une expression, l'Art commence avec l'impression causée par un stimulus - définit comme un objet rayonnant - capté par les sens. Cette information traitée de manière archaïque provoque une émotion que le second traitement cognitif va sophistiquer en terme de sentiments et de représentations. Le tout va entraîner une pulsion, un élan physique. L'esthète à ce moment redirige son attention sur ce qui a provoqué en lui ce mouvement. Il fait preuve de subjectivité et nourrit son goût de l'esthétique, en le communiquant ou non. L'artisan lui, concrétise cette poussée corporelle en action afin d'aboutir à une production dont il a estimé la technicité par son savoir-faire. Mais l'élément qui pousse l'artisan à produire n'est pas un objet rayonnant. La pratique artisanale est motivée par une raison (utilitaire, économique, décorative) et non par une impression. Celui qui parcourt tous les mécanismes humains de l'activité artistique jusqu'au partage relationnel de sa production est l'artiste.

¹ Bougerol Thierry, *développement psychologique : personnalité et tempérament*, chapitre 2, cours universitaire 2010/2011, université Joseph Fourier Grenoble (consulté le 07/12/2014). Disponible sur le World Wild Web : « www.uvp5.univ-paris5.fr/WIKINU/docvideos/Grenoble_1011/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p02/bougerol_thierry_p02.pdf »

b. La visée esthétique de l'Art induit un idéal esthétique.

L'esthétique n'est pas communément définissable en forme ni en fond. Elle se situe dans la subjectivité de chacun, c'est une appréciation personnelle déterminée selon son idée et son sentiment. Lorsqu'elle est mise en œuvre dans l'activité artistique, l'esthétique est visée intentionnellement. Cette intention esthétique est la volonté de faire un juste rapport entre fond et forme, pour aboutir le plus justement possible à l'idéal esthétique. Cet idéal subjectif du beau se situe entre le laid et le sublime, entre la mimesis et l'heuristique, entre un fond et une forme. La volonté de produire quelque chose de beau développe en l'individu un ressenti positif : le plaisir.

c. L'Art est reconnaissable par les d'œuvres d'Art.

L'œuvre d'Art concrétise la réalité physique de l'Art, qu'elle soit instantanée ou durable. Une œuvre artistique peut avoir des caractéristiques visuelles, sonores, olfactives, tactiles ou gustatives. Elle peut être objectivable physiquement ou contenue dans un geste instantané. L'œuvre peut ou non laisser une trace, elle est œuvre d'art lorsque celui qui la capte la considère comme telle et/ou lorsque celui qui la génère la conçoit selon cette nature. Elle est réalisée par l'artiste, qui est avant tout un humain. C'est une production qui rappelle son créateur. Si l'œuvre évoque celui qui l'a faite, l'œuvre d'Art évoque l'être humain. Aucune autre forme de vie ne réalise volontairement dans un but esthétique des formes nouvelles. L'essence de l'Art est humaine et les œuvres d'Art - en s'inscrivant dans un contexte historique spatial et temporel - mettent l'individu en contact sensoriel et sensitif avec son essence.

d. Le savoir faire et la saveur sont inhérents à l'Art.

La réalisation d'une œuvre d'Art nécessite une technique pour mettre en forme et une intention esthétique pour remplir cette forme.

La technique est la composante du savoir-faire. Elle est le propre de l'homme et l'artisan en est le spécialiste. Le savoir faire est l'application d'une méthode acquise nécessaire à la mise en forme d'une intention. L'immanence de la technique dans l'œuvre d'Art témoigne de tout le caractère objectif de l'Art. Il détermine des normes objectivement quantifiables par le commun, comme la couleur ou la hauteur sonore. La technique structure un cadre matérialisé activement en forme.

La structure technique contient le fond de l'œuvre d'Art : sa saveur. Elles se modèlent l'une l'autre dans un juste rapport. La saveur est la qualité subjective de l'œuvre d'Art, elle n'est jamais similaire à celle d'une autre. Elle est ce qui est insufflé de personnel et d'originale à l'œuvre, et lui donne son sens. Une œuvre fade ne provoquera pas une grande satisfaction sensorielle.

3. L'Art implique des spécificités de l'être humain.

a. L'Art est un mode d'expression humain issu d'une impression et différent du langage.

Selon le modèle d'enseignement de l'art-thérapie moderne¹, deux principales phases constituent l'activité artistique. La première est définie selon le terme "Art1"². Cet Art premier se rapporte à un traitement archaïque et s'appuie sur la capacité de ressentir quelque chose, d'éprouver un sentiment en retour d'une stimulation. Au moment de l'Art1 une sensation perçue produit une émotion, en d'autre terme une réponse affective spontanée. La partie archaïque des mécanismes opérant pendant l'activité artistique s'arrête là. L'expression de ces archaïsmes de la connature³ nécessite un état de lâcher prise. La source étymologique du verbe "Lâcher" est le verbe latin *lassicare* qui signifie "rendre lâche, élargir, détendre, relâcher" et "cesser"; "prise" est issu du verbe latin *prendere* qui veut dire "saisir". L'Art1 consiste à une mise à disposition des émotions par un relâchement de leur contrôle et du représenté. A l'excès

¹ Enseignement promulgué par l'école d'art-thérapie de Tours, AFRATAPEM

² Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Favre, Lausanne, 2012, p-p.22-24

³ Forestier Richard, *Présentation de l'art-thérapie moderne*, Paris Sorbonne, p.3, 17/05/2014. Consultable en ligne sur le World Wild Web : « http://www.art-therapie-tours.net/img/img_divers/presentation_atmoderne_textecomplet.pdf »

néanmoins, le manque de cadre, de structure, de passage à l'action rend impossible l'expression. Car l'Art est bien un mode d'expression, en ce sens qu'il traduit un mouvement de l'intérieur de l'individu vers l'extérieur, par une réaction motrice et/ou affective à une sensation perçue. Le langage est également un mode d'expression mais il n'est pas un art en ce sens qu'il n'est pas motivé par une intention esthétique.

b. L'Art est un acte volontaire qui engage l'implication personnelle et l'intentionnalité.

La seconde phase constituant l'organisation des mécanismes humains opérant pendant l'activité artistique est définie selon le terme " Art2¹ ".

Cet Art second se rapporte à un traitement sophistiqué et s'appuie sur la capacité cognitive d'autorégulation émotionnelle et motrice. L'Art2 est la part formelle de l'Art. Elle sollicite le savoir et le faire. Le savoir est la somme acquise des connaissances, dont la mémoire permet l'utilisation. Cette bibliothèque permet au traitement sophistiqué de structurer l'expression des éléments archaïques de la connaissance en représentations mentales, en idées. L'Art2 cumule donc les sentiments et les représentations et comporte une phase active visible par l'action. Lorsqu'il est en excès, le ressenti est considéré négativement. La maîtrise de la forme peut aller jusqu'au contrôle du fond, avec la possibilité de passer outre la raison.

c. L'Art est une expérience pratique qui mobilise le corps et sa structure.

Le plaisir que provoque l'Art chez l'individu est issu d'une gratification sensorielle résultant de la volonté d'aboutir à l'esthétisme. Ce ressenti positif peut provoquer un mouvement et donner un élan: c'est le pouvoir d'entraînement de l'art. Cette poussée corporelle se poursuit en action de la personne, lui permettant de faire des choix, d'exprimer sa personnalité et de faire une expérience nouvelle qui peut l'amener à une auto-régulation de ses comportements. A l'inverse une gratification négative entraînant une sensation désagréable de douleur peut générer un évitement chez l'individu. La douleur peut stopper la motivation et l'action, lorsqu'elle est répétée elle peut faire perdre le sens de la vie.

La structure corporelle entière est mobilisée dans le processus de l'activité artistique. Elle commence par la captation du rayonnement d'un stimulus par les capteurs sensoriels et se prolonge dans les systèmes nerveux. La partie visible des mécanismes humains mis en œuvre dans l'activité artistique débute par un élan moteur que le pouvoir d'entraînement de l'art provoque. L'activité artistique s'effectue par le corps. C'est ainsi que se déroule une expérience, un apprentissage par l'action dont la spécificité est la cohérence entre connaissance et ressenti d'une situation.

B. Le façonnage céramique et la pratique picturale mobilisent des capacités spécifiques.

1. Le façonnage de l'argile et la peinture sont des pratiques artistiques à part entière.

a. Les premières productions céramiques sont ancestrales.

L'argile est au cœur des cosmogonies d'une majorité de traditions humaines, pour lesquelles elle est la matière qui compose l'entité humaine et même l'univers. Selon les courants, l'argile contient l'essence de la vie (l'âme ou le « Kâ » des égyptiens), elle est le terrain favorable de son expansion et de sa nourriture, elle est la matière de son origine et de sa finitude, elle est purificatrice, elle rappelle à l'homme sa condition et son immuable imperfection. L'argile est la première matière que l'homme a façonnée et dont il reste des témoignages. Les traces en volumes les plus anciennes de l'Art sont en argile. Le bol est l'origine de l'artisanat. C'est également une matière de couleur, qui a été employée pour la coloration des corps ou pour des pratiques picturales.

b. Les techniques de façonnage de l'argile sont diverses.

La plus archaïque des techniques de façonnage est le modelage, qui s'effectue en pressions, par retraits ou ajouts de matière selon des méthodes telles que " la boulette ".

¹ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Favre, Lausanne, 2012, p-p. 55-56

L'estampage est un plus technique en ce sens qu'il requière l'emploi d'un moule à empreintes en creux ou en bosse, qu'une plaque d'argile épouse. Le moulage consiste lui, en l'emploi d'une pâte d'argile liquide coulée dans des moules de plâtre. La technique qui requière une structuration du corps la plus élaborée est le tournage. Elle consiste à façonner directement avec les mains une balle de terre sur une plaque en rotation.

Il existe différentes pâtes d'argiles. Le choix des techniques pratiquées est en partie fonction des différentes pâtes argileuses. La faïence est blanche ou rouge, elle est l'argile la plus couramment travaillée. Le grès peut être de couleurs plus diverses et son utilisation est répandue. La porcelaine est plus rarement travaillée car c'est une matière aux contraintes techniques élevées.

c. La peinture est avant tout une trace de couleur.

Récemment découvert en Indonésie, le témoignage le plus ancien d'une peinture réalisée par l'Homme date de - 39 000 av. JC. Il s'agit d'empreintes de mains et d'illustrations d'animaux peints par des projections et des tracés d'argiles liquides colorées sur les parois d'une grotte¹.

La couleur et le support sont les deux constituants essentiels de la pratique picturale. La couleur est une dilution de pigments naturels ou chimiques, dans une matière liquide maigre ou grasse telles que l'eau ou l'huile. La variété des supports est innombrable. Pour des raisons de praticité, ils sont choisis en fonction des techniques picturales.

d. Les techniques picturales sont nombreuses.

La gouache, l'aquarelle, l'acrylique et la peinture à l'huile sont les plus connus. Les deux premières sont des peintures dites à l'eau, l'acrylique est une peinture chimique et la peinture à l'huile se définit selon son appellation. Le temps de séchage est ce qui différencie entre autre ces différentes matières picturales. L'aquarelle se pratique sur support humide avec pinceau et sur support sec au crayon aquarellables pour être humidifiée ensuite. La gouache est une matière qui sèche rapidement et s'utilise en général sur papier. L'acrylique est plus façonnable que la gouache et s'utilise le plus souvent sur feuilles épaisses ou sur toile. La peinture à l'huile nécessite l'emploi d'une toile, elle requière une technique élaborée et un temps de séchage conséquent. Néanmoins, elle est la technique picturale qui exprime le plus les volumes, les ombres et les lumières et qui permet le mieux les empâtements.

Les outils de transfert de la couleur sur le support sont également innombrables. Le plus utilisé est le pinceau. Le rouleau, le tampon, l'éponge, le couteau ou le doigt en sont d'autres et l'utilisation de la peinture en bombe est très prisée pour la réalisation de fresques murales en milieux extérieurs.

e. Le façonnage céramique et la pratique picturale sont des arts diachroniques.

Si l'Art est reconnaissable par ses œuvres, elles ne sont pas forcément permanentes. Les œuvres éphémères où instantanées font parties des Arts synchroniques comme la danse, le chant ou le théâtre. L'attention est portée sur la performance qui est en même temps la production artistique. Concernant les Arts diachroniques, l'attention est portée sur le résultat de l'activité artistique, qui diffère de la performance. Tous les Arts plastiques et visuels sont diachroniques. Ils laissent une trace visible, une présence matérielle concrète pouvant perdurer dans le temps et l'espace. Le façonnage de l'argile et la peinture appartiennent aux Arts diachroniques, dont les productions existent en dehors du temps de pratique artistique.

¹ François Savatier, *Les plus anciennes peintures rupestres découvertes en Asie*, revue en ligne *Pour la Science*. Consulté le 08/12/14, disponible sur le World Wild Web : « http://www.pourlascience.fr/ewb_pages/a/actu-les-plus-anciennes-peintures-rupestres-decouvertes-en-asie-33383.php »

2. Le façonnage de la matière terre et la pratique de la peinture engagent le corps.

- a. Le contact avec les matières vivantes et/ou colorées occasionne des sensations et des réactions physiologiques.

Les modalités sensorielles principalement sollicitées au moment du façonnage de l'argile sont d'abord les sens tactile et thermique. L'argile est un médium à la volumétrie importante. C'est un matériau plastique et malléable qui nécessite l'application de pressions, par contacts le plus souvent directs presque exclusivement réalisés avec les mains et les doigts. La température du matériau est ainsi directement perceptible. L'argile est une matière froide qui se réchauffe difficilement étant donné sa masse. Le sens tactile et sa spécificité du touché est de première importance pour l'être humain. Au cours du développement prénatal, l'individu est contenu dans la matière. Il est entièrement et constamment en contact avec le corps de sa mère ou avec le liquide dans lequel il baigne. Après la naissance le contact - lorsqu'il répond au développement normal de la vie - génère sécurité, réconfort, bien-être et plaisir. L'argile est une matière organique au contact de laquelle une telle gratification sensorielle est possible.

La vue est également sollicitée au moment du façonnage céramique ou au cours de la pratique picturale. La céramique est en trois dimensions et sollicite la perception visuelle. La matière picturale est moins volumineuse et sollicite plus encore le sens de la vue. Les couleurs sont des stimuli particulièrement rayonnant pour les capteurs sensoriels visuels. La peinture est un espace en deux dimensions qui ne pourrait être perçu sans l'engagement de la perception visuelle.

- b. La volumétrie de l'argile ou l'aplat de la matière picturale génèrent des impressions et des productions différentes.

Ces deux pratiques artistiques sont diachroniques. Elles génèrent des productions matérielles concrètes, dissociées de l'entité de leur auteur, même si elles concourent à le rappeler par son style.

Les productions céramiques sont des objets en trois dimensions qui s'inscrivent dans la réalité palpable du milieu environnemental humain. Cette matière organique a la particularité de pouvoir épouser un réalisme physique et sensitif élevé, et peut provoquer une impression de réel particulièrement tangible.

Le rayonnement de la peinture est différent. La composition d'aplats de masses colorées se rapporte plus au monde onirique, imaginaire, psychique de l'être humain. C'est un Art qui incite d'emblée une transcription plus intériorisée que la céramique.

- c. Le sujet structure son corps pour agir sur la matière et produire une forme.

La motricité est sollicitée dans les pratiques artistiques que sont le façonnage céramique et la peinture. Les mains semblent les premiers outils du peintre et du céramiste. Mais c'est la structuration du corps entier qui permet la minutie la plus parfaite. La structuration du corps est la mobilisation des fonctions motrices, elle se réalise dans le but de répondre à une intention consciente ou non et sollicite la proprioception. Celle-ci est une sensibilité exclusivement interne, de la position des différentes parties du corps. Elle est traduite par les propriocepteurs.

3. Façonner la terre et peindre sollicite des fonctions mentales.

- a. L'intention d'un acte volontaire est indispensable.

L'aboutissement à une œuvre d'Art sous tend la volonté d'arriver à cette finalité. La volonté se traduit une intention qui est le rapport entre un stimulus et un but. Lorsqu'elle est exprimée verbalement ou non, c'est un fait observable. "Intention" est un mot qui vient du latin *intensia* se traduisant par le verbe "tendre", qui évoque les notions d'effort et de direction. L'intention de faire est le premier déclencheur de l'ouvrage, le début du phénomène artistique¹.

¹ Le phénomène artistique est la partie visible des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. Cette notion est abordée en partie I.III.c.3

L'intention de concrétiser une idée spécifique n'est pas nécessaire mais entre en compte dans une activité artistique équilibrée d'Art1 et d'Art2.

b. La fonction cognitive est nécessaire à l'élaboration d'une production.

Les techniques de façonnage de l'argile et de peinture requièrent diverses fonctions physiologiques. Elles sollicitent en général la praxie pour le façonnage, la préhension pour l'utilisation des mains et des doigts, une efficacité musculaire suffisante pour le maintien d'une posture et bien entendu une proprioception efficiente. Ces pratiques artistiques peuvent également nécessiter une motricité fine performante.

Des facultés mentales sont donc utilisées comme la représentation, la projection, la mémorisation, l'élaboration, la concentration, le jugement, la perception, la vigilance, la représentation.

c. Les contraintes de la matière terre et de la pratique picturale sont différentes et déterminent les techniques appropriées.

L'argile est une matière transformable à l'infini sous certaines conditions techniques. Il est possible d'effectuer des modifications au travail en cours sans contrainte particulière, c'est un matériau qui offre une très grande liberté d'exécution. Les corrections peuvent être infinies et l'erreur n'existe pas. Cela peut être inhibiteur pour une personne dont l'intentionnalité serait lésée. Le temps et l'humidité sont des contraintes importantes. Pour que la terre soit façonnable elle doit être maintenue humide, une argile peut humide demandera une force musculaire plus conséquente et sera moins plastique. Le temps est nécessaire pour que son séchage soit à cœur et qu'elle puisse être cuite afin de devenir dure et imperméable selon le type de terre.

L'humidité est également une contrainte de la peinture. En effet ce médium est le plus souvent à base d'eau et les couleurs nécessitent d'être suffisamment humides pour être appliquées. La réversibilité n'existe pas en peinture. En revanche il est possible d'effectuer des corrections en superposant les couleurs les unes sur les autres. La peinture mimétique ou figurative requiert donc un niveau technique suffisant, il s'agit d'une pratique en deux dimensions qui requiert un regard et une capacité de transposition suffisamment expérimentés. La peinture peut offrir un cadre que le façonnage céramique n'a pas. Le blanc de la toile est l'espace de tout le possible, mais c'est un espace codé dont le format peut être rassurant et le contour contenant.

d. Ces deux techniques permettent l'expression de contenus différents.

Les œuvres céramiques perdurent de manière presque inaltérable dans le temps. Elles rappellent sa condition vieillissante à l'être humain mais elles témoignent aussi de sa pérennité au travers des âges. La céramique exprimera une masse organique solide et pérenne, tantôt d'une grande finesse et tantôt d'un archaïsme brute.

La peinture donne l'illusion d'une profondeur, d'ombre et de lumière qui aboutit à la suggestion d'un mouvement vivant, en constante latence dans une dimension temporelle fixe. Les couleurs sont particulièrement propices à l'essor d'émotions et de sentiments divers particulièrement. Au fil du temps, les techniques picturales ont été de plus en plus élaborées passant de l'heuristique à la mimesis. La renaissance est la période la plus faste de la peinture mimétique, et également le moment où la subjectivité de l'artiste a trouvé sa reconnaissance. La peinture exprime plus facilement des contenus moins concrets que l'argile, comme les émotions et les sentiments.

III. Les spécificités de la pratique artistique peuvent être thérapeutiques.

A. L'art-thérapie moderne et traditionnelle sont différentes.

1. L'art-thérapie moderne est l'exploitation du potentiel artistique à visée humanitaire et thérapeutique¹.

a. La partie saine du patient est renforcée par le processus artistique.

L'art-thérapie moderne élabore des méthodes et un cadre de travail individuels et

¹ Définition issue du modèle d'art-thérapie moderne enseigné par l'école d'art-thérapie AFRATAPEM de Tours.

personnalisables selon les sujets qu'elle accompagne. En s'appuyant sur la postulat que l'être humain tend à une certaine qualité de vie et à une bonne santé, cette pratique thérapeutique tente de renforcer la partie saine des patients, celle qui fonctionne de manière normale et dont l'individu n'est pas forcément conscient. C'est un courant humaniste et le praticien croit aux capacités de son patient. C'est une médiation thérapeutique par l'art.

- b. Les problématiques ne sont pas interprétées dans les productions ni au cours des pratiques artistiques.

L'art-thérapie moderne agit selon des éléments thérapeutiques issus du processus. L'art-thérapie traditionnelle s'appuie sur l'interprétation des résultats, elle se focalise sur le symptôme traduit par ce qui ne fonctionne pas ou mal pour comprendre et tenter de compenser une carence. C'est une psychothérapie à médiation artistique. Le courant moderne analyse ce qui se produit sans l'interpréter et cherche à comprendre le "maintenant", le temps présent, et sa qualité en terme de ressenti.

- c. L'humain est au centre de l'accompagnement par l'art-thérapeute qui envisage la relation comme un outil thérapeutique.

L'art-thérapeute moderne cherche à améliorer la relation sans l'utiliser, afin de permettre au patient de faire l'expérience de sa capacité relationnelle. Pour cela elle permet au patient d'être valorisé en produisant par lui-même de belles choses : l'esthétique est de première importance. Tandis que l'art-thérapie traditionnelle analyse la relation et les productions pour aider le patient à envisager ses problématiques. Elle travaille ainsi sur "l'avant" et tente de répondre au "pourquoi?", là où le courant moderne envisage la question du "comment".

2. L'Art n'est pas curatif.

- a. L'art-thérapie ne guérit pas mais peut en donner l'envie.

L'art-thérapeute moderne est optimiste et croit en la capacité de son patient à se guérir lui-même. Il valorise les composés psychiques et corporels de l'individu souffrant en le considérant comme un sujet. L'intentionnalité du patient est la clef de l'art-thérapie moderne. La volonté d'aller mieux est un déclencheur de processus de guérison. L'adhésion et l'engagement du patient est primordiale, en ce sens l'art-thérapeute moderne travaille avec l'action volontaire de son patient.

Il utilise la particularité qu'à l'Art de gratifier les sens et de déclencher une intention esthétique par le plaisir que sa recherche et son aboutissement procure. Cette gratification est une des clefs de l'envie d'aller mieux car elle permet au sujet de faire l'expérience d'un bien-être et de ses capacités restantes. L'art-thérapie moderne cherche à développer l'intention esthétique du patient sur sa propre production.

- b. L'art-thérapie propose au patient d'être en cohérence avec la réalité des événements qu'il vit.

L'activité artistique guidée par l'art-thérapeute moderne est une expérience sensorielle gratifiante qui apporte également la sensation d'exister par l'effet tangible du corps avec la réalité. C'est une pratique thérapeutique qui privilégie également l'expérience directe.

L'Art permet d'activer la mémoire par une émotion issue d'une stimulation sensorielle. Une réaction (une réponse émotionnelle mise en action) inappropriée révèle une incohérence entre reconnaissance (le représenté, la forme) et ressenti (le fond) d'une situation. Il n'y a qu'une nouvelle expérience qui puisse restaurer une cohérence.

- c. L'art-thérapeute guide la pratique artistique vers le plaisir esthétique et la gratification sensorielle dans un protocole de soin.

La satisfaction d'un besoin répond à la nécessité d'atteindre un équilibre vital. Lorsqu'elle s'effectue une gratification sensorielle positive est ressentie (comme par exemple la satiété).

Cette gratification engendre un contentement du besoin qui permettrait selon la théorie de Maslow, de croître toujours plus sur l'échelle des besoins humains et d'aller vers la réalisation et l'épanouissement du plein potentiel vital. La gratification sensorielle engendre également un ressenti positif, traduit par un sentiment de plaisir qui est un élément essentiel à la motivation d'exister, de croître et d'agir. L'origine étymologique du mot "Motivation" est le verbe latin *movere* traduit par "mouvoir"; la motivation est la raison qui pousse à se mettre en mouvement.

La stratégie thérapeutique de l'art-thérapie moderne repose sur des moyens et des méthodes décidées par l'art-thérapeute, afin de faire en sorte qu'une gratification sensorielle s'exerce chez le patient au cours de l'activité artistique par le biais de l'intention esthétique. Pour cela, l'activité est guidée de manière à ce qu'elle procure du plaisir, un plaisir sensorielle qui déclenche « *la volonté d'être bien : le bien-être.* ». « *Du plus profond de son être, la personne impliquée dans l'activité artistique réalisée en atelier d'art-thérapie moderne est animée par une tension existentielle qui se sert de l'Art pour entraîner et aider la santé à expulser le mal qui la pénalise.* »¹

B. L'art-thérapie moderne emploie des méthodes et des outils spécifiques.

1. L'observation méthodique permet un suivi objectif.

a. Le suivi s'adapte aux sujets et l'évaluation est personnalisée.

Un ou plusieurs buts thérapeutiques sont déterminés par l'art-thérapeute au cours de séances préliminaires d'un suivi thérapeutique. Durant les séances d'ouverture, une **fiche d'observation spécifique** permet le recueil des informations du patient telles que son état initial, ses items théoriques et son anamnèse. Elle illustre tout le **protocole thérapeutique**.

Les objectifs généraux sont à atteindre au cours ou à la fin des séances grâce à la réalisation d'une **stratégie thérapeutique**. Celle-ci permet de projeter et d'adapter la méthode et les moyens utilisés pour déterminer le cadre et les techniques de l'activité art-thérapeutique. Des **items** sont utilisés comme plus petites unités remarquables de l'état du patient et permettent de suivre objectivement l'évolution de celui-ci. Quand un dysfonctionnement, une pénalité ou un problème (**cible d'action**) est reconnu par l'art-thérapeute comme générant une inhibition du sujet accompagné, des méthodes et moyens spécifiques sont mis en place (**niveau d'organisation**). Ceux-ci permettent de travailler sur la zone qui comporte la problématique (la **cible thérapeutique**) en fonction de l'**objectif intermédiaire** à atteindre.

b. Des fiches d'observation maintiennent l'objectif et mémorisent les événements.

Une fiche d'observation est réalisée par l'art-thérapeute pour le suivi des séances. Elle sert d'aide mémoire et répertorie les événements importants de chaque séance. C'est le support individualisé du regroupement des critères des patients et des outils de gestion. Elle est centrée sur une grille d'évaluation des items et permet d'observer leur évolution par rapport à l'objectif général grâce à un bilan de fin de séance. C'est donc un outil de vigilance qui ramène toujours à l'objectif fixé.

c. Des bilans critiqués structurent et envisagent la pertinence de l'accompagnement.

Un bilan de séance basé sur l'observation recueilli dans la fiche, fait ressortir une projection pour la séance suivante. Il peut entraîner une courte transmission à l'équipe soignante qui précise les éléments importants de la séance.

Un bilan de fin de suivi est transmis dans le dossier médical du patient, à l'équipe médicale et au patient. Il mentionne les conclusions des évaluations au regard des objectifs généraux et intermédiaires. Il décrit globalement les séances en évoquant la stratégie thérapeutique utilisée, les faits remarquables survenus et le cadre du suivi (durée, fréquence, lieu). Il rapporte les conséquences de l'accompagnement en terme de modifications observées dans la vie quotidienne

¹ Forestier Richard, *Présentation de l'art-thérapie moderne*, Paris Sorbonne, p.5, 17/05/2014. Consultable en ligne sur le World Wild Web : « http://www.art-therapie-tours.net/img/img_divers/presentation_atmoderne_textecomplet.pdf »

du patient et si le bilan lui-même a été confirmé ou infirmé par d'autres personnes.

2. Les modalités évaluatives considèrent le sujet.

a. L'opération artistique² (Annexe 2) illustre les mécanismes inhibés ou lésés.

L'interface des mécanismes humains opérant durant l'activité artistique est nommée "opération artistique" selon l'enseignement de l'école d'art-thérapie moderne de Tours. Elle modélise l'engagement corporel et met en évidence le phénomène artistique³. Sous forme de schéma, l'art-thérapeute peut y repérer - suite aux séances préliminaires et au cours du suivi - les mécanismes fonctionnels ou lésés du patient concernant ses capacités d'impression, d'intention, d'action, de production et de communication. Elle propose également de transcrire en parallèle l'état de l'estime de soi¹ du patient. Elle permet ainsi d'organiser au mieux l'activité artistique en adaptant dès que nécessaire la stratégie thérapeutique au regard de l'opération artistique du patient.

b. Le cube harmonique révèle objectivement l'application et le développement de la subjectivité. (Annexe 1)

Dans l'activité art-thérapeutique, la subjectivité artistique est essentielle. Pour la préservée il est nécessaire à l'art-thérapeute de pouvoir objectivement la mesurer. Pour cela, un interface entre le monde artistique extérieur et le monde intérieur existe, c'est le cube harmonique. Il est une modalité évaluative réalisée par le patient lui-même, des notions du beau, du bon et du bien. Le beau se rapporte au goût et à la satisfaction esthétique. Il s'oppose à la laideur et peut être défini par la question : « Cela vous plait-il ? ». Le bien se rapporte au style, à l'aspect formel des productions et la qualité technique, c'est le savoir-faire qui peut être défini par la question : « Trouvez-vous cela bien fait ? ». Le bon est la « *cause unificatrice* »² des deux précédentes mesures en ce qu'il correspond à la volonté. Il se rapporte à l'implication du sujet dans la pratique artistique, au plaisir ressenti et peut être défini par la question : « avez vous envie de continuer ? ». Les " 3B " peuvent être mis en parallèle du schéma de l'opération artistique³.

L'auto-évaluation permet l'implication directe du patient. Elle sollicite sa capacité critique et peut développer son engagement « *vers un élan de transformation et de progression artistique* »⁴. Elle incite à un engagement personnel dans un rapport collectif (au travers de la relation à l'art-thérapeute d'ailleurs). C'est une méthode empirique toujours à l'écart de toute interprétation.

C. L'art-thérapie est adaptée au protocole de soin des personnes âgées vivant en EHPAD.

1. Les capacités physiques et psychiques efficaces sont sollicitées.

a. Le corps est sollicité dans un but utile et fonctionnel.

Le sujet âgé en institution, qu'il souffre de handicap ou non, n'a pas de véritable occasion d'exploiter le potentiel de son corps fonctionnel. L'assistance apportée au quotidien est nécessaire mais n'entraîne pas à l'indépendance physique. L'activité artistique sollicite particulièrement le corps. Elle permet au sujet âgé dépendant de déployer ses capacités motrices et sensorielles fonctionnelles dans un but pratique avec un engagement personnel volontaire. L'activité artistique peut apporter un épanouissement personnel à l'individu par la sollicitation et l'implication de sa réalité physique.

b. La motricité fine est requise et entretenue par la pratique.

² Modèle de Richard Forestier

³ Le phénomène artistique est la partie visible des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. Cette notion est abordée en partie 1.III.c.3

¹ L'estime de soi est la capacité à s'attribuer une valeur. Cette notion est définie en partie 1.III. c.2

² Forestier Richard, *l'art occidental*, Favre, Lausanne, 2004, p.238

³ Forestier Richard, *L'évaluation en art-thérapie: pratiques internationales*, Bernhard Hélène, Millot Corinne, *Auto-évaluation par le cube harmonique*, actes du congrès, Tours, 2006, p-p.73-85

⁴ Forestier Richard, *l'art occidental*, Favre, Lausanne, 2004, p.240

Au moment du vieillissement la force musculaire diminue, la praxis devient moins performante et la capacité motrice décroît. La motricité fine est souvent la première déficitaire. Pourtant, elle est d'une importance capitale pour le sujet âgé vivant en EHPAD. L'institution est un milieu collectif où chacun apprécie généralement de pouvoir faire bonne mesure au regard d'autrui, ce qui est moins le cas dans l'intimité du domicile. De plus, l'institution est un espace restreint qui contraint la mobilité. La motricité fine permet la précision et la minutie gestuelles du corps entier, elle évoque l'aspect des gestes les plus personnalisés et intimes du sujet. L'activité artistique guidée par l'art-thérapeute, peut progressivement être amenée à solliciter ces faiblesses. Cette sollicitation peut être occasionnelle si des douleurs surviennent où si une inhibition se développe en cas d'incapacité. Lorsque la pratique adopte une méthode qui génère l'action répétée de la motricité fine, le sujet âgé peut faire l'apprentissage et l'adaptation d'une réponse toujours plus juste entre son but et sa possibilité de l'obtenir physiquement par ses propres moyens. Cette sollicitation apporte entre autre un rapport plus harmonieux avec son corps et l'image de soi.

c. Les pratiques artistiques impliquent l'emploi du système cognitif.

Le sujet âgé vit un ralentissement de ses fonctions cognitives. Il est à rappeler notamment qu'un tiers des plus de 85 ans sont atteints d'un déclin cognitif de type démentiel. La personne âgée dépendante vivant en EHPAD est donc spécifiquement touchée par le déclin cognitif, dont la plainte mnésique peut être l'expression la plus précoce.

L'activité artistique est guidée par l'art-thérapeute afin que l'intention esthétique du patient soit dans une juste proportion d'Art1 et d'Art2. Cela sollicite les capacités mentales et le sujet peut exercer ses capacités cognitives fonctionnelles. L'empirisme de l'activité artistique permet aussi de rééduquer des fonctions cognitives lésées. L'opération artistique démontre que le mécanisme de la mémoire est activé par une émotion issue d'une stimulation sensorielle. L'art-thérapie semble permettre à la personne âgée d'exercer cette fonction cognitive de manière tout à fait spontanée et directe.

2. L'estime de soi lésée peut être renforcée.

Si l'école d'art-thérapie moderne s'accorde sur la notion d'estime de soi enseignée en son sein, sa définition est avant tout la résultante de deux propositions qui se complètent. Christophe André et François Lelord considèrent cette notion comme reposant sur « trois ingrédients : la confiance en soi, la vision de soi, l'amour de soi. »¹. Le bon dosage de chacun d'entre eux étant indispensable à une estime de soi harmonieuse. Richard Forestier lui, définit cette notion comme « la valeur et la considération de la personne à son propre regard »².

En art-thérapie moderne donc, l'estime de soi est une notion parcellaire qui désigne la capacité à s'attribuer une valeur et se détermine selon trois composantes³. La première est l'amour de soi qui peut être mis en parallèle avec le Bon et correspond à la capacité de ressentir du plaisir à être. La deuxième est la confiance en soi qui peut être mise en parallèle avec le Bien et correspond à la capacité de se projeter et d'agir. La troisième est l'affirmation de soi qui peut être mise en parallèle avec le Beau et correspond à la capacité de s'affirmer et d'assumer en collectivité ses productions.

a. Un ressenti corporel positif et un plaisir à être revitalisent cette période de pertes et de deuils.

Le goût de vivre et le plaisir à être qui en résulte, peuvent être amoindris par les incapacités croissantes, le corps qui s'endolorit, les pertes multiples et l'approche de la finitude

¹ André Christophe, Lelord François, *L'estime de soi*, Odile Jacob, Paris, 2002, p.14

² Forestier Richard, *regard sur l'art, approche épistémologique de l'activité artistique*, texte de conférence à la Sorbonne, Paris, 2005

³ Forestier Richard, *L'évaluation en art-thérapie: pratiques internationales*, Bernhard Hélène, Millot Corinne, *Auto-évaluation par le cube harmonique*, actes du congrès, Tours, 2006, p-p. 73-80

existentielle. Le sujet âgé dépendant éprouve plus souvent des sentiments de souffrance que de bien-être. Voilà en quoi l'amour de soi est une valeur qu'on peut peiner à s'attribuer au moment d'une vieillesse rendant dépendant.

La pratique artistique guidée par l'art-thérapeute peut avoir un effet renforçateur de l'amour de soi pour ce public. La pratique génère la conscience palpable d'exister au travers de la corporéité. Elle apporte un bien être par le plaisir esthétique et la gratification sensorielle. Le sujet âgé peut trouver dans cette pratique une source revitalisante de sensations positives, parfois nouvelles, et retrouver de la saveur à l'existence.

b. L'anxiété peut être diminuée par la projection nécessaire due à la pratique artistique.

Comme précédemment explicité, le public âgé dépendant vivant en EHPAD peut globalement souffrir d'anxiété. La proximité de la mort en est la cause principale. En outre le ralentissement des capacités motrices et mentales est un désavantage qui stress et effraie au moment où la capacité d'adaptation diminue.

La pratique artistique guidée par l'art-thérapeute peut avoir un effet renforçateur sur la confiance en soi de ce public au détriment de l'anxiété. L'acquisition d'un savoir-faire et son évolution technique amène la personne à réaliser des actes justes et appropriés ayant pour conséquence de la rassurer sur ses capacités mentales et motrices restantes. De plus, la pratique artistique en sollicitant la motricité régulièrement permet au sujet de se sentir plus sécurisé en son propre corps et d'en connaître mieux les limites mais surtout les possibilités souvent inexploitées.

c. Les séances d'art-thérapie offrent un renforcement de la capacité relationnelle et peuvent pallier le sentiment d'isolement.

La personne âgée dépendante vivant en institution peut avoir une forte tendance à la dévalorisation due à sa perte d'indépendance voir d'autonomie. L'affirmation de soi de ces personnes peut être lésée également par la solitude que peut engendrer l'institutionnalisation et par la diminution des échanges relationnels qui s'effectuent au moment de la vieillesse.

La pratique artistique guidée par l'art-thérapeute peut entraîner ce "muscle atrophié". Elle amène le patient à se positionner sur la qualité esthétique et technique de sa production, grâce à l'intention d'aboutir à l'idéal esthétique et aussi par l'auto-évaluation. Sa capacité critique est sollicitée et ce en compagnie de l'art-thérapeute. En effet l'art-thérapie apporte une possibilité de relation de pratiquant à pratiquant (artistique) hors du format institutionnel et dans un cadre sécurisant pour la personne âgée. Le sujet peut développer une assurance par rapport aux choix qu'il a décidés, ce qui lui permet de développer sa capacité relationnelle. Les séances d'art-thérapie peuvent être un dynamisant pour les rapports sociaux des pratiquants qui se prêtent, en dehors des séances, à l'échange et au partage des expériences nouvelles réalisées pendant l'atelier.

1. Les mécanismes opérant du phénomène artistique peuvent renforcer le sujet âgé dépendant.

Le phénomène artistique (Annexe 2) est la partie visible de l'opération artistique. Il concerne l'intention, l'action et la production. Il modélise l'engagement corporel. L'intention est reconnaissable lors de son expression verbale, non verbale (uniquement corporelle) ou hors verbale (réaction sans message). Elle est le rapport entre un stimulus (réception) et un but (réaction) et correspond au concept du "bon". L'action correspond au concept du "bien", est un rapport entre vouloir (engagement) et pouvoir (capacité) qui s'exprime sous la forme d'un élan moteur volontaire, dirigé et maintenu. L'action est caractérisée par la technicité. La production est caractérisée par la réalisation et correspond au concept du "Beau". Elle est le rapport entre un fond et une forme et en Art elle correspond à l'œuvre.

a. L'intention peut réduire l'anonymat et développer l'autonomie par la nécessité de choix à effectuer.

L'intention est le rapport entre l'impression à l'expressivité. Elle dénote un choix effectué qui stimule une tension vers un objectif. En Art, l'intention est esthétique. Elle est la volonté de faire un juste rapport entre un fond et une forme pour produire quelque chose qui se rapproche le plus justement de l'idéal esthétique. Elle sollicite la personnalité et la subjectivité. L'institutionnalisation sollicite peu la subjectivité et la personnalité des personnes âgées dépendantes. La pratique artistique guidée par l'art-thérapeute engage de façon primordiale ces aspects du sujet. L'intentionnalité est nécessaire pour produire une œuvre qui réponde à l'idéal esthétique. Le sujet est amené à développer son pouvoir décisionnel librement, selon son goût.

b. L'action développe le sentiment d'utilité et d'importance par l'apprentissage technique.

Les résidents d'EHPAD sont généralement dans un contexte personnel de passivité, assistés par l'institution. Le vieillissement peut générer en outre des sentiments d'inutilité et d'incapacité. L'art-thérapie peut pallier cette situation de souffrance en offrant aux sujets la possibilité d'agir.

En Art, l'action réside dans « la recherche et l'exploitation de moyens parfaitement adaptés »¹ à l'aboutissement de l'intention esthétique. Sans action, il n'y a pas de production. Le sujet est donc amené à agir par lui-même, pour lui-même et à faire l'apprentissage technique d'un savoir faire, dans le but d'ajuster ses actions. Cette activité valorise la personne en développant ses capacités de mise en œuvre et son indépendance.

c. La production expose la personnalité et permet le constat palpable de l'existence.

Le sujet âgé vivant en EHPAD n'a plus de profession, peu ou pas d'activités pouvant générer la reconnaissance de sa fonction humaine active et de moins en moins l'utilité de son corps. Se développe ainsi une méconnaissance de sa productivité et une admission de la fin de la vie avant la mort du fait d'une conscience de sa propre existence qui décroît.

L'art-thérapie peut apporter une revitalisation du constat de l'existence grâce à la production d'œuvres. Ce résultat des actions et des intentions du sujet lui procure un témoignage concret et réel de sa présence active et productive. Elle provoque la reconnaissance de lui-même et des autres, car sa production est un témoin de sa réalité d'individu dans le monde. L'œuvre est l'affirmation de l'état d'être.

IV. Les pratiques art-thérapeutiques de la céramique et de la peinture peuvent diminuer la perte d'autonomie du sujet âgé vivant en EHPAD

La diminution de l'indépendance de la personne âgée est généralisée. En premier lieu les déplacements, les activités de loisirs et les activités domestiques deviennent difficiles à effectuer. Mais la perte d'autonomie et d'indépendance sont des problématiques encore plus caractérisées en ce qui concerne les personnes âgées vivant en EHPAD² : 41% ont un handicap moteur et 39% un handicap mental, 35% souffre de sénilité, 14,5% souffre de surdité et 6,5% de cécité.

Comme va l'illustrer la suite de ce mémoire, l'art-thérapie moderne peut apporter une possibilité préventive et des solutions de réadaptations ou d'adaptation pour ces personnes dont le potentiel vital riche et varié demeure dissimuler sous l'apparence grabataire.

¹ Forestier Richard, *L'Art occidental*, Favre, Lausanne, 2004, p.239

² Ferey Gilbert, Le Gouès Gérard, *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2008, p.34

DEUXIEME PARTIE : UNE PRESENTATION DU STAGE PRATIQUE ET DE DEUX ETUDES DE CAS

I. L'institution « Les Glycines » a accueilli le stage pratique.

A. « Les glycines » est une structure d'accueil caractéristique.

1. L'établissement est géré par le CCAS de la ville de Dax.

a. La gestion de l'EHPAD est publique.

Le Centre Communal d'Actions Sociales de la ville de Dax gère divers services et établissements sociaux ou médico-sociaux : accueil petite enfance, crèches, maison de l'enfance, restaurant social, service d'aide à domicile et résidences d'hébergement permanent ou temporaire pour personnes âgées (EHPAD). Le CCAS est placé sous l'autorité de la mairie, l'EHPAD l'est aussi et sa gestion est publique. 43 % des EHPAD en France sont publics, suivi du secteur privé à but non lucratif (31 %) et du secteur privé commercial (26 %)¹.

b. Le personnel est réparti selon les pôles professionnels.

Quatre secteurs professionnels permettent l'organisation du personnel de l'établissement : l'administration, la prise en charge sanitaire, l'accompagnement social, l'entretien et la maintenance. Le pôle administratif compte la directrice, une cadre de santé et une secrétaire. Le pôle médical et soin est constitué d'un médecin gériatre coordonateur dont le poste n'est actuellement pas pourvu, d'une psychologue, de trois infirmières, de sept aides soignantes, de huit auxiliaires de vie et d'une psychomotricienne. Le pôle d'accompagnement social comprend un agent de convivialité et une animatrice. Le secteur de l'entretien et de la maintenance compte sept agents sociaux et un agent d'entretien qui participent tous à la vie social de l'établissement.

2. Trois résidences sont regroupées en une seule structure.

a. L'EHPAD est constitué de trois sites géographiques distincts.

Deux sites résidentiels sont à l'origine de l'établissement dacquois d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : "Les Glycines" et "Les Camélias". Conventionnées au statut d'EHPAD depuis 2002, ces deux structures ouvertes respectivement en 1982 et 1991 étaient alors des logements foyers. Un troisième établissement flambant neuf s'est ajouté aux deux sites existants en septembre 2014. Bien qu'éloignés physiquement d'une centaine de mètres, on ne parle pas de trois établissements séparés mais d'un seul EHPAD à la direction commune.

b. Des liens sont effectifs entre les trois résidences.

Cet EHPAD nécessite un projet d'établissement unique qui envisage une gestion et les prestations de trois sites particuliers. Le pôle administratif de l'ensemble est géré par une même direction et surtout par la même cadre de santé. Elle est garante de la collaboration des équipes médicales et paramédicales de chaque établissement séparément et en partenariat. En effet un certain nombre de membres du personnel soignant travaille sur les trois sites, selon des permanences attribuées ou en continu pour la médecin coordonateur et la psychologue par exemple. Des membres du personnel d'entretien et de maintenance vaquent également sur les différents sites.

¹ Bazillon Bernard, Scolan Irène, and coll., *L'observatoire des EHPAD*, Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire, KPMG, Paris, 2014. (en ligne, consulté le 13/12/14) Disponible sur le World Wild Web : [« http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx »](http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx)

3. La résidence « les Glycines » est un lieu de vie original.

a. Les journées sont rythmées pour les résidents et le personnel.

Matin	<p>Le petit déjeuner est servi en chambre à huit heures trente, puis vient l'aide à la toilette pour les personnes qui en ont besoin.</p> <p>L'aide ménagère visite également les appartements le matin.</p> <p>Vers dix heures, l'animatrice propose à ceux qui le souhaitent de participer à la pose des couverts au restaurant en vue du déjeuner.</p> <p>Les animations sont organisées par l'animatrice et l'Agent de Vie Sociale généralement vers dix heures trente ou quinze heures.</p> <p>Cher au cœur des résidents, l'office religieux d'un curé à lieu une fois par mois dans la salle commune d'animation.</p> <p>À douze heures le déjeuner est pris communément au restaurant où chacun retrouve sa place attitrée du midi.</p>
Après-midi	<p>Le début d'après-midi est un temps de repos dans la résidence (sieste, feuillets, jeux calmes).</p> <p>Un goûter est servi à seize heures et le dîner à dix huit heures trente en commun également.</p> <p>L'institution met à disposition des résidents un petit salon, une télévision, des jeux de société et une bibliothèque.</p> <p>L'établissement dispose d'un bus qui permet aux personnes âgées qui le souhaitent de faire une sortie hebdomadaire en ville et d'autres activités à l'extérieur de l'institution (ludothèque, cinéma, théâtre, marché, supermarché, ...etc.).</p> <p>Chaque jour à 14 heures, l'équipe médicale du matin est remplacée par celle de l'après-midi. C'est à ce moment que se déroulent les transmissions dans le local infirmier. Il s'agit de trente minutes particulièrement riches, au cours desquelles l'équipe du matin transmet à l'équipe de l'après-midi tous les événements et constats des soins apportés et des rencontres faites avec les patients au cours de la matinée.</p>
<p>Le linge des habitants est pris en charge sur place. Un jardin entourant la résidence permet une balade sommaire mais quotidienne et l'établissement se situe à dix minutes à pied du centre ville pour les plus valides.</p>	

b. L'établissement a une capacité d'accueil de soixante cinq studios.

“ Les Glycines ” accueille en séjours permanents soixante et une personnes âgées dépendantes dont les âges varient de 53 ans à 101 ans. Les résidents logent dans des appartements de trente trois mètres carrés comportant un espace de vie avec une kitchenette, des commodités (salle de bain, WC, douche) et un balcon privatif ou un accès direct à l'extérieur pour les logements de plein pied. Chaque studio est indépendant et meublé au goût de son habitant.

B. L'EHPAD a un projet social, sanitaire et économique.

1. La politique sanitaire est tributaire de la vétusté de l'établissement.

a. L'infrastructure correspond à des logements foyers.

La résidence est composée de bâtiments adaptés à un accueil de logements foyers, qui était la première fonction de cet établissement. La disposition et la taille des appartements sont celles de lieu de vie et non de lieu de soin. La surface des locaux destinés au personnel est modeste au regard de la taille de la structure. Aucune restauration n'a été réalisée depuis la construction de l'établissement, mais l'entretien en a permis la bonne conservation.

b. L'infrastructure du site a une incidence sur l'organisation du travail du personnel et la qualité de vie des résidents.

L'infrastructure des institutions sanitaires joue un rôle important dans l'organisation et l'optimisation des soins. L'hébergement en logement foyer est adapté à des personnes âgées non dépendantes voire semis valides. C'est pourquoi aujourd'hui, avec l'augmentation du nombre de résidents de plus en plus dépendants, l'architecture de cette résidence est inadaptée et ne permet pas d'optimiser le travail du personnel. Les espaces quelque peu exigus de la résidence “ Les Glycines ” sont inappropriés et ne permettent pas un travail ergonomique au personnel. En revanche, la qualité de vie des personnes âgées semble préservée par cette architecture.

Le cadre hospitalier de soin, les rythmes obligatoires, l'environnement uniformisé et aseptisé d'un EHPAD n'engagent pas les résidents à s'autonomiser. Ces conditions peuvent générer une infantilisation des personnes âgées dépendantes, voire un anonymat institutionnel. Or les résidents de site “ Les Glycines ” sont poussés à une certaine indépendance du fait du contexte ancien des locaux. Ils vieillissent en bénéficiant d'une qualité de vie plutôt préservée et d'un cadre autonomisant même s'il est institutionnel et médicalisé en partie.

2. La politique économique du site est en suspens.

- a. La politique économique des EHPAD français est concernée uniformément par la vétusté des établissements.

Une étude d'avril 2014 nommée “ *L’observatoire des EHPAD* ¹” annonce ceci : « 66 % du parc des établissements publics d’hébergement pour personnes âgées dépendantes et 46 % des EHPAD Privés Non Lucratifs (PNL) a été construit il y a plus de 25 ans et entre dans une phase de rénovation restructuration ; plus de 30 % (33 % des EHPAD PNL et 41 % des EHPAD Publics) n’ont pas encore connu de restructuration lourde. C’est donc maintenant que ces décisions structurantes doivent être prises. »

- b. Aucune rénovation n’est en cours pour la résidence “ Les Glycines ” car une reconversion est en projet.

A l’heure actuelle, un avis défavorable de la Commission de sécurité pèse sur la résidence et engage l’EHPAD à une restructuration rapide de celle-ci. Cependant, compte tenu du coût hypothétique d’une rénovation du bâtiment, le conseil d’administration du CCAS a opté pour une relocalisation par la construction d’un nouvel établissement - ouvert depuis septembre 2014 - et une réhabilitation du bâtiment existant le plus récent : “ Les Camélias ”. Ces démarches permettront aux personnes âgées concernées de bénéficier d’une unité spéciale de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et de renforcer la qualité de leur accueil. Il reste donc à l’heure actuelle deux EHPAD publics ouverts dans la commune de Dax, celui nouvellement construit et la résidence “ Les Glycines ” qui a accueilli ce stage d’art-thérapie. Cet établissement le plus vétuste n’a pour l’heure pas de projet de rénovation car le projet de sa reconversion n’est pas encore décidé.

3. Il existe des rapports sociaux particuliers au sein de la communauté des habitants de cette institution.

- a. Un EHPAD offre à ses habitants un espace relationnel contraint.

Comme abordé plus haut, l’institutionnalisation des personnes âgées dépendantes peut provoquer la perte des habitudes sociétales. Elle peut en outre nécessiter un éloignement géographique du domicile du sujet placé, donc un éloignement de ses amis, ou contraindre à une distance familiale. Le nombre de visites et de rapports sociaux diminue en institution proportionnellement à l’avancée en âge. Ce type d’hébergement est aussi une contrainte dans le quotidien du résident devant se soumettre aux objectifs sanitaires de la structure d’accueil. Les sorties individuelles ou en dehors du cadre institutionnel ne sont pas suffisantes et les résidents ne font pas ou peu de rencontre extérieures.

- b. Les résidents semblent bénéficier d’un lien social communautaire.

Il est apparu un soutien quotidien des résidents les plus aptes envers les plus fragiles concernant leurs démarches administratives, leurs difficultés motrices et de petits travaux domestiques. Cette convivialité communautaire est un filon précieux et sans doute préventif à certains déficits sanitaires. Les personnes souffrant de pathologies mentales de type démentiel bénéficient d’une bienveillance sans condescendance de la part des autres résidents. Ceci permet à ces personnes malades d’être incluses dans des rapports humains en plus des rapports d’assistanat et de soins dont ils bénéficient. De plus, de jeunes seniors souffrant de pathologies psychiatriques sont intégrés sans réticence de la part des résidents. Au contraire semble-t-il s’organiser leur accueil volontaire et bienveillant de la part des âgés les plus actifs au sein de la communauté.

¹ Bazillon Bernard, Scolan Irène, and coll., *L’observatoire des EHPAD*, Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire, KPMG, Paris, 2014. (en ligne, consulté le 13/12/14) Disponible sur le World Wild Web :
« <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx> »

Peut-être cet état de fait est-il préservé par la non sectorisation selon les pathologies et les niveaux de dépendance. Peut-être encore, pour impacter de manière infaillible le bien-être et la qualité de vie des résidents, l'infrastructure matérielle d'une institution devrait-elle être en priorité, ou du moins à part égale, conçue comme un processeur relationnel plutôt qu'en terme de prise en charge sanitaire.

C. Le public vivant au sein de cette institution a des spécificités.

1. Une vision globale du public âgé accueilli à la résidence “ Les Glycines ” permet de mieux connaître sa situation sanitaire.

- a. Des techniques évaluatives permettent de décrire les particularités du public accueilli en EHPAD.

Le niveau de dépendance effectif au sein d'un EHPAD peut être apprécié via le GIR Moyen pondéré (GMP) qui mesure, en nombre de points, le niveau de prestations fournies par un établissement pour la prise en charge de la dépendance. Le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille Aggir (autonomie gérontologie groupes iso-ressources).

- b. Le niveau de dépendance est peu élevé au sein de l'établissement concerné.

Selon une enquête gouvernementale du DRESS¹ auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, en 2011 il existait 2200 logements foyers pour environ 110 000 places. Ces établissements accueillent des personnes âgées en moyenne de 82 ans et relativement autonomes. Ces EHPAD comptaient un pourcentage de sujets en fonction des GIR suivant : 0% de GIR1, 2% de GIR2, 4% de GIR3, 17% de GIR4, 14% de GIR5, 63% de GIR6. Ces statistiques montrent que les logements foyers dans leur ensemble accueillent plutôt des personnes valides voir semi valides.

Concernant l'institution “ Les Glycines ”, à partir de l'obtention du statut d'EHPAD la résidence aurait dû accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Néanmoins peu d'habitudes hospitalières préventives ne se sont développées dans cet établissement mal approprié à celles-ci. Le public déjà présent ou entrant ne compte pas de personnes dont la dépendance et le manque d'autonomie sont très avancés. Les résidents actuels de l'EHPAD ont donc un niveau de dépendance moyen compris entre les GIR 3 à 6, soit d'une dépendance légère à l'indépendance.

Mesuré en 2011, le GMP de la résidence “ Les Glycines ” était de 447,67. Le GMP moyen de cette même année pour les EHPAD publics était de 700 points. Il est de 709 points en 2014. Cette mesure renseigne donc sur le niveau de dépendance assez peu élevé des résidents accueillis par cet établissement, comparativement à la moyenne nationale. Il renseigne aussi sur le niveau de prestations fournies pour la prise en charge de la dépendance.

2. Le public des établissements pour personnes âgées dépendantes peut souffrir de pathologies diverses.

- a. Un résident d'EHPAD déclare en général plusieurs pathologies.

Diverses enquêtes du DRESS² permettent d'observer sur les 10 dernières années que plus de huit résidents d'EHPAD sur dix souffrent d'au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers d'entre eux présentant un syndrome démentiel et/ou un état dépressif et environ un quart un état anxieux et/ou des troubles du comportement. Ces données relèvent également que trois quarts des résidents sont atteints d'au moins une affection cardiovasculaire, l'hypertension artérielle étant la plus fréquente de ces affections. Au total, en moyenne, les résidents cumulent six pathologies, essentiellement chroniques et stabilisées. En parallèle environ quatre résidents

¹ Volant S., *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Drees, n°877, 2014. (Consulté en ligne le 14/12/14). Disponible sur le World Wild Web : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-offre-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes,11274.html> >

² Perrin-Haynes J., Chazal J., Chantel C., Falinower I., *les personnes âgées en institution*, dossier solidarité et santé, DRESS, 2011 (Consulté en ligne le 14/12/14). Disponible sur le World Wild Web : < http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_201122.pdf >

sur dix ont une déficience intellectuelle, quatre sur dix encore ont une déficience du comportement et quatre sur dix toujours, une déficience motrice. Dans ces conditions les personnes âgées dépendantes institutionnalisées consomment en moyenne 6,5 médicaments par jour.

- b. Il y a peu de pathologies de type démentiel au sein du public accueilli à la résidence “ Les Glycines”.

Deux places d'accueil temporaire existent pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres démences associées au sein de l'EHPAD qui a accueilli ce stage. Elles sont destinées à des personnes dont la pathologie s'est déclarée intra-muros. Néanmoins pour les raisons précédemment citées, leur accueil n'est plus possible lorsque que le niveau de troubles du comportement qu'elles présentent dépasse un certain seuil (par exemple : la défecation dans les lieux commun ou l'égarément perpétuel nécessitant un accompagnement permanent.). Ces personnes sont alors amenées à déménager dans un établissement d'hébergement plus adapté à leur prise en charge.

- c. L'établissement accueille de jeunes séniors aux pathologies psychiatriques.

La presque totalité des résidents de l'établissement “Les Glycines” est constituée de personnes âgées dont la dépendance est engendrée par le vieillissement. Toutefois certains sujets d'un âge proche de la soixantaine sont atteints de pathologies qui relèvent de la psychiatrie. Ceci s'explique par le fait qu'il n'existe dans la région aucune institution spécialisée pour la prise en charge des patients vieillissant avec des pathologies psychiatriques.

II. Un atelier d'art-thérapie s'est progressivement développé dans l'institution.

A. Le stage pratique a commencé par une période d'observation.

1. Une semaine a été nécessaire pour comprendre le milieu institutionnel et connaître la conjoncture de l'établissement.

- a. Le milieu institutionnel était inconnu au stagiaire.

Le stage s'est déroulé à l'EHPAD “ Les Glycines ” du 7 avril au 14 mai et du 7 juillet au 14 août 2014, au cœur de la région sud-ouest des Landes dans la ville thermale de Dax.

La directrice de stage désignée par la cadre de santé a été la psychomotricienne des trois EHPAD. Sa mobilité permanente et ses autres lieux de profession lui ont peu donné la possibilité d'assister le développement de l'atelier d'art-thérapie. Néanmoins quatre rencontres ont pu s'effectuer au cours de mon temps sur place. L'animatrice a suivi plus quotidiennement les deux stages et m'a permis une proximité avec les résidents presque immédiate. Elle a également été une aide précieuse pour la connaissance des personnes qui ont été amenées à bénéficier de séances d'art-thérapie.

Le stage a débuté par une semaine d'observation au cours de laquelle j'ai découvert la structure institutionnelle, son fonctionnement et ses services. Cette période du stage a permis de prendre connaissance des différents secteurs géographiques de l'établissement et de leurs utilisations temporelle et fonctionnelle par le personnel. Ce temps a été l'occasion également d'apprendre le vocabulaire médical, administratif et social d'une institution et de cette résidence, notamment grâce à la lecture des dossiers médicaux des patients et aux réunions de transmissions. Les membres des équipes médicale et sociale ont été d'un conseil judicieux, particulièrement la médecin gériatre coordonnatrice qui a dû toutefois quitter l'institution au 4ème jour de mon arrivée. La conjoncture actuelle de restructuration des trois établissements a laissé à tout le personnel peu de temps à consacrer au suivi du stage qui a été minime. Sans autre référent accessible régulièrement que l'animatrice, il a fallu du temps pour me familiariser avec le secteur du soin et le milieu institutionnel qui m'étaient totalement inconnus.

- b. La situation événementielle de la structure a des répercussions sur le personnel et sur les résidents.

La conjoncture de l'EHPAD semble générer des problématiques pour des résidents et pour le personnel interne de la structure qui m'a accueillie.

La restructuration de l'EHPAD qui s'est déroulée durant le stage et qui se poursuit actuellement, impacte principalement les habitants de l'institution. Le contexte résidentiel de l'établissement " Les Glycines " n'est pas durable puisqu'un projet de reconversion n'est pas encore déterminé mais s'effectuera. Les conditions d'existence prochaines ne sont pas prévisibles pour les résidents. Les changements possibles de locaux, de services, de tarification, de personnel soignant et de prise en charge génèrent des plaintes verbales causées par des anxiétés et des frustrations. L'avertissement individuel d'une nécessité de déménagement dans le nouvel établissement est effectué au moment le plus proche possible de l'échéance, selon un souci de préservation de l'état psychique des sujets âgés. Le manque d'information perturbe néanmoins ces personnes et a des conséquences anxiogènes supplémentaires.

La restructuration de l'EHPAD impacte également les membres de l'équipe médicale et paramédicale. Leur contexte professionnel tendant à changer plusieurs fois dans les deux années à venir, ces professionnels sont dans une conjoncture incertaine. Les changements de locaux, de rythmes, de patientèle et de soins à apporter génèrent des préoccupations même si les postes seront préservés. En outre, la communication délicate entre le personnel soignant et le corps administratif est source de tensions supplémentaires. L'administration traite en priorité le planning et la logistique de la restructuration de l'EHPAD dans le souci du bon aboutissement de ce projet essentiel. En parallèle les questionnements des membres du personnel soignant et social - dus au processus d'adaptation qui s'opère pour eux également - nécessitent de plus en plus de réponses concrètes afin qu'ils se sentent intégrer totalement au projet de restructuration. Les membres du personnel soignant et social - étant dans la proximité quotidienne des résidents - constatent péniblement l'inconfort grandissant des personnes qu'ils soignent.

2. L'adaptation à l'équipe et aux résidents a été nécessaire en continu.

a. Le statut et le rôle du stagiaire sont spécifiques.

La législation en vigueur et la convention tripartite du stage règlementent et décrivent le statut, le rôle, les droits et devoirs du stagiaire. Mais l'expérience concrète du stage d'art-thérapie en milieu professionnel est plus spécifique que les textes.

Le stagiaire art-thérapeute n'a qu'une présence temporaire dans l'institution. Il lui faut néanmoins la comprendre et la connaître au point de pouvoir intégrer les différentes équipes professionnelles. Sa discipline thérapeutique utilise et peut influencer les aspects physique, mental et social des personnes accompagnées, c'est pourquoi l'art-thérapeute en devenir doit apprendre à être en médiation avec tous les secteurs de prise en charge de son patient.

L'implication la plus complète possible est nécessaire auprès des habitants. Dans le cadre art-thérapeutique, le stagiaire doit faire preuve de bon sens et d'esthétique, mais avant tout de bienveillance. Ceci, même sur un temps de présence assez court, entraîne une proximité et des liens relationnels avec les résidents pris en charges. Cependant le stagiaire art-thérapeute doit garder une position suffisamment distante, celle d'un acteur éphémère, afin de prévoir les effets que son départ peut avoir sur les résidents suivis.

b. Une responsabilité de soignant auprès des résidents a été constatée dès le début du stage.

Les résidents ont semblés désintéressés par l'art-thérapie. Si les membres du personnel ont expliqué cette distance cordiale des résidents du fait qu'ils ne connaissaient pas cette discipline, ils ont aussi avancé la cause de stéréotypes négatifs générés par les mots "Art" et "thérapie". Il a semblé beaucoup plus probable en effet que les résidents préféreraient que la stagiaire art-thérapeute ne s'intéresse pas à eux. Ce fait sembla démontré aussi que la stagiaire était reconnue comme une soignante potentielle. Il a été nécessaire de préserver le sentiment de sécurité des résidents en faisant correspondre l'implication envers eux selon la mesure de leur intérêt et de leurs élans envers l'art-thérapie. Si la plupart appréciaient uniquement des échanges verbaux anodins, d'autres dans une moindre proportion ont souhaité s'intéresser à l'art-thérapie,

et quelques personnes ont souhaité pratiquer l'art-thérapie. C'est ainsi que les intentions et la volonté des patients ont été respectées.

B. L'atelier d'art-thérapie a débuté par une période d'animation artistique à visée art-thérapeutique.

1. L'introduction de l'art-thérapie dans l'institution s'est réalisée en plusieurs étapes.

a. L'équipe de soin n'avait pas connaissance de l'art-thérapie en pratique.

Une présentation personnelle et professionnelle a été effectuée au cours de la première participation aux transmissions. Le rôle de la stagiaire art-thérapeute a été entre autre présenté comme celui d'une accompagnatrice permettant aux résidents d'avoir une pratique artistique pour un épanouissement le plus global possible de leur personne, malgré la ou les pénalités qui peuvent les concerner. La mise en œuvre d'évaluations concrètes à partir d'observations spécifiques et de bilans a été explicitée, sans avancer que cela serait réalisé néanmoins car tout dépendrait de l'apprentissage de la stagiaire.

L'art-thérapie était alors envisagée par le personnel selon sa pratique traditionnelle et l'art-thérapeute apparenté à un psychothérapeute pour certains, à un psychanalyste pour d'autres, mais non comme un praticien de l'Art qui permet l'expérience du bien-être et de la saveur existentielle. Des indications de patients potentiels ont pu être recueillies à cette même occasion auprès d'aides soignantes et d'une infirmière.

La médecin coordonatrice a porté un grand intérêt au stage d'art-thérapie et a consacré un temps considérable à cette intégration. Même si l'image traditionnelle du métier était prépondérante, cette professionnelle a réalisé des évaluations pathologiques courtes de patients potentiels pour les ateliers d'art-thérapie et des indications envisageables pour quelques résidents. Malheureusement, la conjoncture de l'EHPAD et le départ de cette médecin au quatrième jour du stage n'ont pas permis de suite à ce partage.

b. L'art-thérapie a été présentée aux résidents en groupe ou de façon individuelle.

Pour qu'une pratique art-thérapeutique soit possible auprès des résidents, le début du stage a consisté à rendre ma personne et ma fonction familières.

Accompagner l'animatrice dans ses prérogatives a permis de régulièrement rencontrer les mêmes résidents, par exemple lors de la mise en place matinale des couverts au restaurant. Une réunion mensuelle des habitants de l'EHPAD a été l'occasion de leur présenter plus directement l'art-thérapie, ma personne, la fonction d'un art-thérapeute et le cadre du stage de formation. La durée de présence et la fonction de stagiaire ont été expliquées, ainsi que la future mise en place de l'atelier d'art-thérapie dans les locaux. L'activité a été décrite comme consistant à proposer pour ceux qui le souhaiteraient des séances individuelles d'activités artistiques dans les buts dirigés du plaisir, de l'apprentissage et de l'épanouissement.

La première semaine dans l'institution a permis de connaître l'emploi du temps et donc la disponibilité des résidents de l'EHPAD, y compris de façon individuelle pour certain plus concernés par l'art-thérapie. La participation aux ateliers collectifs des résidents a permis progressivement à plusieurs d'entre eux de questionner et de habituer à la présence de la stagiaire. Certaines de ces rencontres réitérées ont abouties à des visites à domicile. C'est de cette manière que les premiers rendez-vous ont été programmés avec deux résidentes.

c. L'implantation d'un atelier d'animation artistique à visée art-thérapeutique s'est réalisée à l'issue de la première semaine de stage.

Après un temps de projection, les réalisations logistique et spatiale de l'atelier d'art-thérapie se sont déroulées à la fin de la semaine d'observation en avril. La mise en place et l'agencement se sont effectués en partenariat avec le personnel social et d'entretien de la résidence, à savoir l'animatrice, l'agent de convivialité et l'agent d'entretien.

Il a fallu prendre connaissance des différents secteurs de l'établissement et de leurs utilisations temporelle et fonctionnelle par le personnel. Puis l'atelier a pu s'établir dans une partie de la salle commune d'animation pour les résidents. Avec l'accord des responsables du stage, du

matériel artistique personnel en grande partie constitué d'outils et de médiums pour la pratique de la céramique, y compris un tour de potier, a été mis à disposition des personnes souhaitant faire de l'art-thérapie.

Lors du second stage débuté en juillet, une mise en valeur de l'atelier a été effectuée par l'exposition d'exemples de productions personnelles et de matériel artistique pour le dessin et les pratiques humides et sèches de la couleur. Une affiche explicative des fonctions et du planning des séances d'art-thérapie a été réalisée et fixée à l'emplacement de l'atelier. L'art-thérapie a été pratiquée de façon plus assurée et professionnelle que lors du premier stage.

2. Des rendez-vous de pratique artistique ont d'abord été pris.

- a. Les patients potentiels ont été soit indiqués soit se sont présentés d'eux-mêmes pour être accompagnés.

Les résidents ayant bénéficiés de séances d'art-thérapie se sont engagés dans le suivi selon deux motifs différents : la **présentation spontanée ou l'indication médicale**. Le souhait exprimé verbalement de pratiquer des séances d'art-thérapie est un **engagement révélateur d'autonomie** et démontre **une intention** de réaliser un cheminement art-thérapeutique.

Dans le cas de l'indication par un tiers, les résidents concernés acceptent de pratiquer l'art-thérapie **pour répondre à l'ordonnance médicale** ou par souhait de satisfaire un indicateur (notamment familiale ou du personnel de l'établissement). Dans ce dernier cas, une indication médicale est requise auprès de l'équipe soignante. Ces patients peuvent être engagés d'une manière peu autonome qui n'envisage **pas d'emblée leur implication intentionnelle** dans un cheminement art-thérapeutique. L'objectif pour eux est alors le plus souvent occupationnel.

Au cours de la semaine d'observation, lors de la présentation des caractéristiques du stage et de l'art-thérapie moderne, l'équipe médicale et paramédicale a pu indiquer une dizaine de résidents à des séances individuelles. La médecin coordonnatrice a refusé certain de ces suivis potentiels en art-thérapie, notamment Edouard Omindarjean qui souffre d'une psychose hallucinatoire chronique. Ces personnes n'ont pas été rencontrées avant leur indication.

Chaque rencontre même fortuite avec un résident, peut être une **séance d'ouverture** à un suivi en art-thérapie. Les premières séances de pratique art-thérapeutique ne sont donc pas les seules constituantes des rencontres dites d'ouverture, qui permettent le recueil d'informations fondamentales au suivi thérapeutique.

- b. Les premiers rendez-vous ont permis de déterminer un cadre.

Au cours des deux stages réalisés dans l'institution, les **personnes bénéficiant de séances d'art-thérapie ont été les mêmes**. L'atelier a accueilli de façon régulière **quatre résidents**, dont trois âgées et un jeune senior de 68 ans. Deux d'entre eux se sont présentés de manière **spontanée** et les deux autres personnes se sont engagées suite à une **indication**. Les séances art-thérapeutiques ont eu lieu de manière **individuelle**, généralement **deux fois par semaine** pour une durée prévue **d'une heure**. La dominante artistique proposée a été la **céramique**. La **peinture** a été pratiquée dans un second temps pour répondre aux souhaits de deux personnes. Deux ateliers de groupes ont été réalisés en partenariat avec l'animatrice. Les séances se sont majoritairement déroulées à l'endroit d'implantation de l'atelier d'art-thérapie. Cependant le lieu de pratique, la fréquence et la durée des séances ont été **adaptés aux caractéristiques et aux souhaits des personnes** accompagnées.

3. Les séances d'animation artistique à visée thérapeutique sont devenues les séances préliminaires de suivis art-thérapeutiques.

- a. Progressivement les participants sont devenus des patients.

La première période de stage a consisté à mettre en place un atelier d'animation artistique à visée art-thérapeutique. Il s'agissait avant de débiter des suivis thérapeutiques, de reconnaître les éléments reçus en enseignement théorique et d'envisager leur utilisation pratique sur le terrain.

L'observation des quatre résidents accompagnés a débuté avant l'activité de pratique artistique,

durant des rencontres informelles à leur domicile ou au cours d'activités communes. La rédaction d'une fiche d'observation préliminaire a commencé dès qu'il a été convenu auprès des pratiquants qu'auront lieu des séances d'animation artistique à visée art-thérapeutique avec eux. Toutefois, il est possible que des éléments observés avant cette entente réciproque soient notés dans la fiche préliminaire au suivi, à condition qu'ils semblent pertinents et incontestables, au cas où par exemple il s'agit de propos rapportés par un tiers.

Le second stage a permis la poursuite des accompagnements débutés - hormis celui d'une résidente qui avait été indiquée et qui a souhaité cesser sa pratique artistique¹ - dans un intérêt clairement établi cette fois-ci d'art-thérapie. Le cadre et la fréquence des séances art-thérapeutiques sont restés les mêmes que ceux des ateliers d'animation artistique à visée art-thérapeutique.

b. Les rôles des équipes médicale et sociale ont été primordiaux.

Les échanges réguliers avec le personnel soignant et social de l'établissement ont permis **un partage** de regards qui **optimise les suivis** en permettant **d'ajuster la stratégie thérapeutique**.

Il semble qu'à l'heure actuelle les bilans soient le **moyen le plus efficace d'introduire l'art-thérapie moderne dans les institutions**. Ils donnent l'occasion aux équipes médicales de faire l'expérience concrète des incidences de cette pratique et de comprendre les patients sous un autre aspect. Les **disciplines sont complémentaires** et nécessaires les unes aux autres. Si l'art-thérapie est une pratique du soin qui nécessite de travailler en collaboration avec le corps médical, en institution les membres de l'équipe sociale ont une proximité et des échanges relationnels avec les résidents remarquables. Ils peuvent communiquer des informations pertinentes tout au long des cheminements thérapeutiques.

c. Une fiche d'ouverture des suivis a permis de relater les observations des séances préliminaires à des fins art-thérapeutiques.

Il a été nécessaire de rapidement construire un outil d'observation dans lequel répertorier les informations qu'apportent les rencontres informelles avec les résidents et d'ouverture à un accompagnement en art-thérapie.

La **fiche d'observation préliminaire** débute par les éléments de **présentation générale** du patient, puis elle se poursuit avec une rédaction courte des **événements caractéristiques** de chaque rencontre réalisée. Les séances préliminaires ont été considérées abouties lorsque la fiche était complétée. Elle relate l'**anamnèse*** des patients aux vues du dossier médical, des propos du personnel soignant et social, et des propos directs du sujet même, puis permet de réaliser l'**état initial*** des sujets concernés. Des **pénalités** et leurs conséquences physiques et psychiques y sont mises en évidence, notamment au regard de l'**estime de soi** du patient. La **capacité relationnelle** de la personne ainsi que les parties **inhibées et/ou à renforcer** du **phénomène artistique** sont également exposées dans cette fiche pour compléter l'état initial*. Les informations recueillies sont placées **sur le schéma de l'opération artistique** (Annexe 2).

Enfin cette fiche permet à l'issue des rencontres et séances préliminaires de concevoir un **protocole thérapeutique** et notamment des **objectifs généraux** et une **stratégie** en théorie adaptée au patient. Elle est l'endroit d'un **bilan général** écrit et d'une liste d'**items théoriques** répertoriés par la suite dans une seconde fiche d'observation des séances d'art-thérapie.

III. Deux études de cas clinique sont réalisées à partir du parcours de soin en art-thérapie de Jaisse et Fluorine.

A. Fluorine est lingère à la retraite et fervente catholique.

1. Les rencontres préliminaires avec Fluorine ont été principalement informelles.

a. Fluorine mettait les couverts du restaurant tous les matins.

¹ L'accompagnement de Pétaline ne sera pas évoqué au regard de la qualité moindre de son observation et pour ne pas dépasser les contraintes formelles de ce dossier. De plus, le sujet qui intéresse ce mémoire concerne les suivis établis et leurs conséquences sanitaires et existentielle, tandis que le suivi de Pétaline n'a pas eu lieu.

La première résidente rencontrée a été une petite personne férue d'humour, qui ne dérogeait pas à son habitude d'aider chaque matin l'animatrice de l'établissement à mettre les couverts du restaurant communautaire. Fluorine était âgée de 82 ans. Elle avait emménagé à la résidence " Les Glycines " le 20 février 2013, soit depuis un an et trois mois au moment du stage. Elle avait travaillé sa vie durant comme lingère dans un centre religieux d'accueil pour enfants déficients mentaux. Fluorine passait beaucoup de temps dans la résidence en dehors de son appartement. Elle se promenait avec ses connaissances autour de l'établissement et participait à toutes les activités communes. Les murs de son appartement étaient couverts de façon bien ordonnée d'images d'Épinal représentant des animaux ou des titis parisiens et de cartes à caractère religieux. Sur ses meubles étaient disposés des bibelots naïfs et sur sa porte d'entrée était fixé le découpage d'un moineau coloré aux crayons de couleur et racontant un poème printanier.

- b. L'anamnèse et l'état de base de Fluorine ont montrés qu'elle souffrait de pertes mentales et physiques débutantes, dissimulées par une position de repli et des comportements régressifs.

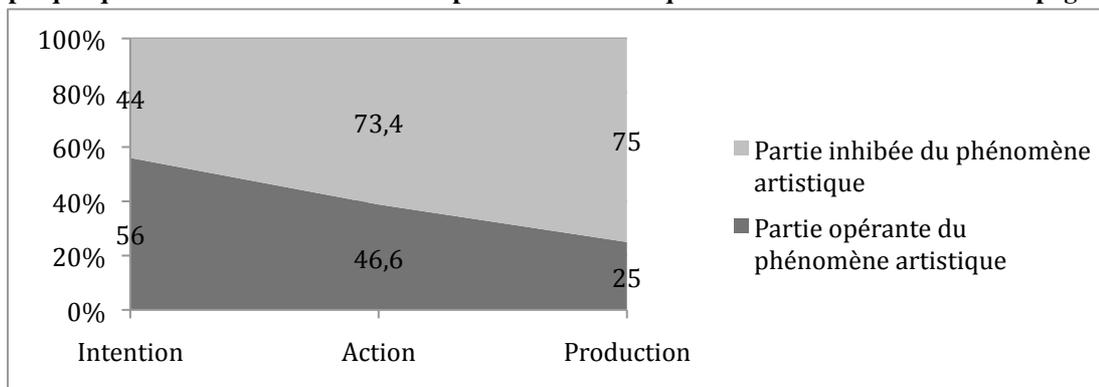
Le dossier médical de Fluorine donnait pour motif de son arrivée à la résidence **l'augmentation de sa dépendance mesurée à un GIR 5**. Il y était aussi décrit la nécessité de **maintenir le lien social** de cette octogénaire et de **lutter contre son sentiment de solitude** comme motif d'institutionnalisation. Fluorine aurait commencé à avoir **peur** chez elle, à redouter les nouveaux jeunes voisins et disait **s'ennuyer seule** alors qu'elle connaissait plusieurs personnes de la résidence. Son **placement** a été un **choix personnel libre**.

Des rencontres ont eu lieu trois jours d'affilé à l'occasion de la pose des couverts du restaurant, puis quelques fois de manière informelle. Elles ont permis de confirmer que Fluorine présentait des **difficultés sur le plan physique**, principalement traduites par un **équilibre précaire et une défaillance de la motricité**. Les gestes de Fluorine pendant la pratique étaient exécutés rapidement et dans l'imprécision. Des **troubles mnésiques** semblaient efficients (oubli du jour des séances, oubli de l'heure des séances, oublis récurrents des zones à colorer ou de l'emplacement des couleurs dans la palette au cours d'une même séance par exemple et difficulté à trouver - voire à comprendre - des mots) et sa **capacité attentionnelle semblait réduite** (difficulté de concentration entre autre). **L'intentionnalité de Fluorine existait mais semblait précaire**. Elle **exprimait verbalement une intention esthétique** au moment de choisir une pratique artistique, un support, un motif et d'en projeter un résultat en terme de production. Mais en pratique la patiente **bâclait ses actions sans répondre à la directive technique** donnée et **ne concrétisait pas son intention esthétique** en aboutissant à une production qui n'était **pas en cohérence avec ses goûts**. Ceci démontrait soit que **l'engagement intentionnel de la patiente n'était pas totale** envers la réalisation de son idéal esthétique, soit que la patiente **n'avait pas les capacités motrices ou cognitives nécessaires** à la mise en œuvre de son idéal esthétique. Un plaisir, moteur de l'intentionnalité, semblait encore présent mais fortement menacé par **la perte d'amour de soi** due aux incapacités grandissantes de Fluorine.

Ses **difficultés cognitives et d'adaptation** étaient particulièrement **dissimulées par une position de repli et des comportements régressifs**. Elle se parlait de nombreuses fois à voix haute à elle-même devant autrui et ainsi qu'aux objets (au pinceau par exemple) et semblait très régulièrement ignorer les propos et/ou les conseils techniques de l'art-thérapeute. La patiente faisait preuve d'un **humour** vif constant mais **puéril** la plupart du temps (notamment en groupe), **s'infantilisait, ne prenait pas responsabilité** des choix qu'elle faisait, **parentalisait** l'équipe de soin et avait une **légère tendance à l'agressivité verbale et aux plaintes**. Elle a avoué verbalement parfois **préférer se taire** par colère contre autrui, notamment contre le corps médical qu'elle considérait en partie l'avoir trahie et abandonnée. Si ses difficultés pouvaient donc être dissimulées par des **comportements de prestance**, elles l'étaient également par son **quotidien ritualisé**.

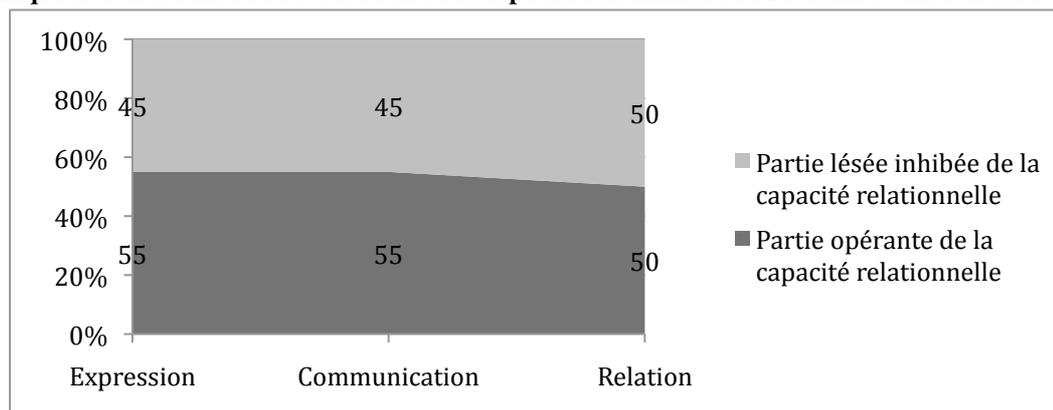
Fluorine évoquait sa **crainte du jugement d'autrui** concernant ses mœurs et ne souhaitait pas pratiquer devant d'autres résidents auxquels elle **préférait dissimuler scrupuleusement les séances**, de même qu'au personnel en général. Elle présentait donc **un manque de confiance** en elle-même et en l'autre, générant une **difficulté d'affirmation de soi** élevée, exprimés au travers d'une **capacité relationnelle affectée**. Il a été important de noter que **la pratique groupale était fortement inhibitrice** pour elle et accentuait considérablement sa **position de repli et ses comportements régressifs**.

Le graphique qui suit illustre l'évaluation du phénomène artistique de Fluorine avant son accompagnement :



Les mécanismes visibles impliqués dans l'activité artistique de Fluorine avant son cheminement en art-thérapie sont opérationnels à 42,5 %.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation de la capacité relationnelle de Fluorine avant son suivi :



La capacité relationnelle de Fluorine était opérationnelle à 53,3 % avant son suivi.

- c. Contrairement à ceux du personnel social, les avis de l'équipe médicale ne créditaient pas Fluorine de pertes pathologiques ou de comportements défensifs.

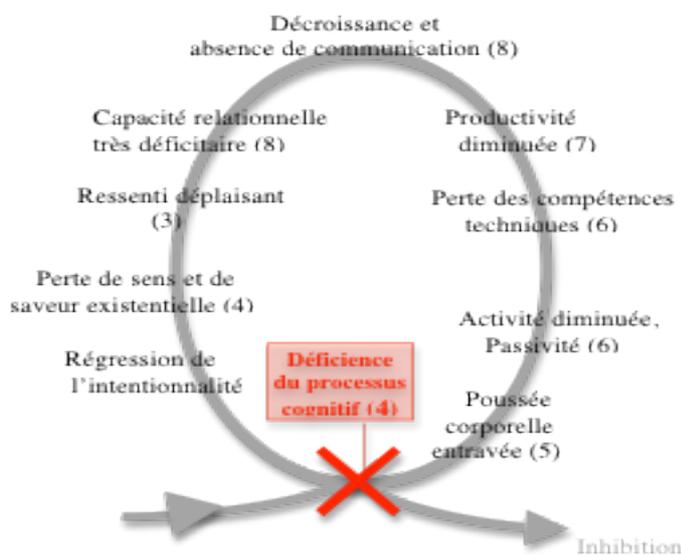
L'humour de Fluorine était plutôt enfantin. Ses mimiques, ses postures et son ton étaient souvent puérils. Mais elle faisait preuve d'une grande intelligence émotionnelle par ses blagues, elle savait comprendre une situation au point d'en soulever le comique en le théâtralisant sans être dans le jugement, ni la moquerie, ni le pittoresque pour autant – cependant elle avait **tendance à se dévaloriser** lorsqu'elle riait d'elle-même.

En faisant la remarque de cette faculté humoristique surprenante de Fluorine à l'animatrice et à la psychomotricienne, elles signalèrent le fait de ne pas considérer cet humour comme anodin mais comme étant un **comportement de prestance**, qui dissimulait sans doute des **difficultés considérables n'étant pas diagnostiquées à ce jour**. Avant son départ, la médecin coordonnatrice évoqua un ralentissement normalement dû au vieillissement de cette résidente, même si toutefois elle semblait en être **émotionnellement affectée**.

Suite aux séances préliminaires et au regard de l'état initial de Fluorine, l'avis art-thérapeutique a décelé pourtant une problématique importante. Des **déficits cognitifs divers** semblaient bien être à l'origine de perturbations chez la patiente. Un **bilan de l'état initial** de Fluorine a été partagé à l'équipe médicale (aux infirmières et aides soignantes et non plus à la médecin coordonnatrice qui n'était plus en poste dans l'établissement). Dans sa globalité, **l'équipe n'a pas**

considéré l'indication de séances d'art-thérapie nécessaire pour Fluorine, sauf dans un but occupationnel. Les infirmières sollicitées pour leurs conseils entre les bilans ont expliquées soit ne pas saisir la personnalité de Fluorine, soit estimer que sa capacité intellectuelle était basse par nature et qu'elle n'avait pas de progrès à réaliser. Etant donné la qualité et l'intelligence des blagues de la patiente, cette hypothèse n'a pas été retenue.

Une boucle peut schématiser le processus inhibiteur de Fluorine :



Le schéma ci-dessus a été conçu pour ce dossier de fin d'étude.

2. L'accompagnement art-thérapeutique de Fluorine débuta.

- a. Le protocole de soin résultant des séances préliminaires a porté sur la préservation des capacités physiques et mentales de Fluorine.

L'animatrice envers qui Fluorine avait confiance et se sentait proche, proposa à la résidente de profiter de séances d'art-thérapie. Fluorine ne s'y pas opposa pas mais garda une certaine méfiance et une distance démontrant un **évitement de sa part à s'engager dans un cheminement thérapeutique** ou à avoir des pratiques artistiques.

La médecin coordonatrice de l'institution **indiqua** Fluorine à des séances d'art-thérapie dans le but de **la revaloriser** et de lui permettre d'**exprimer ses émotions du moment**, car la résidente avait évoqué avoir « *la tête vide* » à cette soignante.

L'**objectif général** art-thérapeutique fixé pour cette patiente consistait en la réalisation de **choix** et de leur **concrétisation**. La **stratégie thérapeutique** envisagea l'obtention de ce résultat au travers de l'**évolution sur un même travail** et l'**aboutissement à une production**. Les **Art-plastique** ont été déterminés comme pertinents pour ce cheminement thérapeutique afin de donner à Fluorine une **trace concrète et durable valorisant et témoignant de ses compétences** techniques et cognitives. Les **séances individuelles** ont été prévues d'une durée d'**une heure** et se déroulant à l'atelier constitué **dans la salle commune d'animation** pour les résidents. Les **exercices** ont été envisagés **dirigé et semi dirigé** pour donner premièrement un **cadre rassurant** par une pratique **mimétique** à la patiente, puis deuxièmement pour lui laisser la possibilité **d'affirmer ses intentions** avec une certaine proportion de **choix personnels** à effectuer. Les **items théoriques** ont été définis mais ont évolués durant la prise en charge. Le tableau ci-dessous présente les faisceaux d'items observés :

APTITUDE	MODALITE	FASCEAUX D'ITEMS	EXEMPLES ISSUS DES 47 ITEMS
	Expression	Directe (tournée vers le destinataire)	Verbale (quantité verbalisation destinée) Non verbale (regards expressifs destinés)
		Indirecte	Verbale (se parle à elle-même)

Capacité relationnelle		(détournée du destinataire)		Verbale (se parle à elle-même)
				Non verbale (fait attendre l'art-T avant la pratique)
	Communication	Humour de prestance		Mimique faciale puérile (moue)
		Parentalisation		Se plaint avec intonation / posture / ton enfantins
		Agressivité		Adresse un message à autrui en se parlant à elle-même
		Indifférence		Attitude (entend les conseils et les ignore)
Relation	Comportements favorisant		Chaleureuse (raccompagne l'art-thérapeute)	
	Comportements défavorisant		Distante (n'accueille pas l'art-thérapeute)	
Phénomène artistique	Impression	Facteur défavorisant		Fatigue (se plaint de fatigue, d'avoir mal dormi)
		Amnésie		Oublis divers (rendez-vous, la couleur à peindre)
	Intention	Hébéture		Ecoute mon propos (contact visuel) et ne réagit pas
		Choix		Décide la couleur, choisit le support
	Action	Activation (≠ passivité)		Change de pinceau, fait le mélange de couleur
		Qualité motrice		Gestes minutieux, précision
	Production	Fond (dominante archaïque)		Art1 (produit selon un ressenti = heuristique)
		Forme (dominante technique)		Art2 (produit selon un motif = mimésis)
Estime de soi	Amour de soi	Ressenti négatif		Verbalise une lassitude institutionnelle
		Ressenti positif		Rires
	Confiance en soi	Lésée	anxiété	verbalise avoir peur de chuter
			insécurité	Agit pour dissimuler la séance à autrui
		Effective (se sent sécurisée)		Prend son pinceau sans sollicitation
	Affirmation de soi	Lésée (ne s'assume pas)	N'assume pas une difficulté mémorielle	
			Effective	Fierté
		responsabilisation		Assume une difficulté technique ou de mémorisation

b. L'accompagnement s'est adapté à Fluorine au cours des rendez-vous et a mis en évidence son manque de confiance et d'affirmation d'elle-même et envers autrui.

La première séance individuelle programmée avec Fluorine consistait en une heure de pratique du modelage céramique, selon un exercice dirigé qui aboutirait à une production finie. Mais cette séance n'a jamais eu lieu car Fluorine l'oublia. Elle se plaint plus tard à l'animatrice estimant les échéances devant lui être rappelées. Fluorine semblait avoir des **difficultés à mémoriser**, lesquelles n'étant pas assumées provoquaient une **déresponsabilisation au détriment de la relation**, donc une **affirmation de soi lésée**. Ce comportement dévoila un **sentiment de culpabilité** certain et de **désamour de soi**.

A la suite de cette **première séance manquée**, la **difficulté de Fluorine à s'engager** fut considérable. Le stagiaire pris en grande partie la responsabilité d'un **second rendez-vous à nouveau manqué**. Cela permis de ne pas pénaliser plus la relation, du fait que la patiente n'eue pas à assumer une nouvelle difficulté.

Au cours du premier stage qui dura quatre semaines, l'**inexpérience** dans le domaine du soin, du travail en institution et auprès de ce publique, mais également le **manque d'information** générale concernant Fluorine ont rendu difficile l'élaboration du protocole thérapeutique. Aucun membre du personnel ne connaissait **ni son anamnèse ni son diagnostique sanitaire**, et le dossier médical n'apportait pas d'informations pertinentes. Au total **sept rencontres préliminaires** dans le cadre ou non de l'art-thérapie eurent lieu et **trois séances d'ouverture** dont deux à dominante modelage et une de pratique picturale.

LA PREMIERE SEANCE de pratique artistique se déroula à l'atelier d'art-thérapie dans la salle commune d'animation des résidents. Il a semblé que Fluorine accepta de pratiquer le modelage pour satisfaire l'animatrice et moi-même. Elle m'écouta et m'observa lui décrire les gestes techniques à effectuer, mais elle fit au plus rapide. Une **incapacité de réaliser les gestes techniques n'était pas décelable**, en revanche **son impatience et son abandon** ont été manifestes, elle n'avait **aucune intention esthétique**. Fluorine s'est **plainte** plusieurs fois de la « pâte à modeler » difficilement malléable, elle a effectué **quatre soupirs avec une moue enfantine** et a préféré **arrêter de pratiquer** pour me regarder faire après trente minute de pratique environ. Cette séance a mis en évidence une **absence d'appétence** de la patiente si ce n'est pour la pratique artistique, en tous les cas pour le médium utilisé. Fluorine a été **indécise quand à la planification d'un nouveau rendez-vous**.

LA SECONDE SEANCE fut un **atelier collectif d'animation** sur le thème de l'argile, organisé par l'animatrice. Au cours de l'atelier la **communication** de Fluorine se fit uniquement sur le **mode d'un humour naïf** et son **attitude fut démissionnaire**. Elle **suivit les consignes partiellement**, elle **n'aboutit pas à une production**. Fluorine semblait **particulièrement anxieuse**. Elle observait le travail des autres, soupirait et délaissait sa pratique avec une attitude comique et défaitiste. Après l'animation elle souhaita **repousser la prise d'un nouveau rendez-vous** et n'exprimait ainsi **aucune intention décisive**.

Il sembla impératif **d'improviser rapidement un niveau d'organisation** qui apporterait une **sécurisation et un intérêt** nécessaire à Fluorine afin qu'elle fasse le **choix de s'engager** dans un cheminement thérapeutique. Il fut envisagé de **changer de dominante** pour proposer à la patiente une **technique de coloration**, lui laissant le **choix de différents médiums**, selon **l'exercice dirigé** d'un coloriage dont elle choisirait le motif. L'emploi des couleurs était envisagé comme une **pratique plus attractive et accessible** au regard de sa **culture** et de son **goût**. Il lui serait proposé de **pratiquer chez elle**.

Lors d'une rencontre, elle dit plus tard ne plus vouloir faire de « *poterie* ». Elle accepta de choisir dans un livre de coloriage un motif et **un rendez-vous** fut pris la semaine suivante. Toutefois elle **exprima verbalement une réticence à venir dans la salle commune d'animation**. Aussi accepta t-elle de faire les séances dans son appartement.

Fluorine fit preuve d'une certaine **confiance en elle dans l'action en affirmant verbalement des intentions**. Sa **capacité relationnelle** semblait **en cours de renforcement**. Mais **l'engagement dans un cheminement thérapeutique n'était pas acquis**.

LA TROISIEME SEANCE de pratique (et dernière du premier stage) se déroula chez la résidente. Fluorine eue **du mal à choisir un médium** au regard de l'abondance des propositions. Elle opta pour le conseil de la peinture acrylique. A la vue d'une toile sur châssis elle exprima un « *Oooooh...* » **d'appétence**, mais son attitude révélait un **doute quand à capacité de peindre sur ce support**. La toile semblait **représenter** un Art inaccessible pour Fluorine. Elle s'exerça à peindre le **motif floral pré-dessiné** sur ce support.

Un **choix thérapeutique** consista à lui permettre de **faire ses propres mélanges de couleurs** pour **développer son implication** et un **plaisir par l'action**. Cet apprentissage technique projetait **l'augmentation de sa confiance** en ses capacités. Réaliser ses propres couleurs était déjà **une production à part entière**. De plus **l'impossibilité d'un contrôle complet du résultat** obtenu devait permettre à Fluorine **d'exercer son expressivité et sa capacité d'adaptation**.

Durant la séance, elle **s'inquiéta** de l'éventualité **d'être vue en train de pratiquer et de montrer sa production**. Elle exprima **vouloir finir rapidement pour obtenir un résultat**. Néanmoins elle **déborda beaucoup** des contours, **fut empressée et se fatigua** après vingt minutes. Elle fut **soulagée que l'atelier se termine**.

Au cours des cinq semaines de **coupure entre les deux stages**, Fluorine **souhaita se rappeler et noter** la date de **reprise des séances**. Aussi son **engagement** semblait être effectif et se maintenir. Elle **conserva sa toile** chez elle après trois propositions, en la **dissimulant** toutefois. Fluorine la conserva ensuite entre chaque séance.

Deux **événements** importants étaient en cours : les **déménagements** de résidents avaient débutés et **l'ascenseur en panne** ne desservait plus l'étage où vivait Fluorine. Lors de notre première rencontre lors de ce second stage, elle évoqua son **anxiété**. Sa **peur de mourir et son sentiment d'abandon** étaient accrus, elle était en **perte de confiance envers le personnel médical**.

Au cours de la QUATRIEME SEANCE de pratique, Fluorine exprima sa **crainte de descendre l'escalier seule et de chuter**, mais également son **sentiment de non assistance** de l'équipe soignante. Elle chuchota son **souhait d'arrêter de parler** pour être entendue et accompagna ce propos d'une **attitude infantile**. En accentuant son **sentiment d'insécurité**, l'**anxiété** de Fluorine semblait **renforcer ses comportements de parentalisation** et **diminuer son activité**, **pénalisant son affirmation** et sa **capacité relationnelle**. Ses **intentions**

semblaient aller à l'encontre de l'amour de soi du fait d'un représenté altéré. La diminution de son autonomie était à l'origine de ces souffrances.

Dans sa pratique, Fluorine continuait de **beaucoup déborder**. Un choix ne semblant pas thérapeutique et plus du ressort de l'intention du stagiaire consista à **réaliser avec son accord de petites corrections** à la peinture blanche sur sa production. La patiente semblait déçue sans l'exprimer, elle **s'exerça dans l'immédiat à moins déborder**.

Durant la séance Fluorine exprima sa **peur d'être surprise par autrui**.

Fluorine avait **oublié** la CINQUIEME SEANCE mais voulut la maintenir. Juste avant de pratiquer, elle se leva pour fermer fenêtre en disant ceci : « *Ce n'est pas la peine qu'on nous voit, ça ne regarde personne.* ». Sa **volonté de dissimuler nos séances** dénotait son **manque de confiance** et son **affirmation lésée**. Au cours de la pratique elle exprima **aimer mélanger les couleurs**. Son **regard et sa posture** particulièrement **impliqués dans l'acte** démontraient une **concentration soutenue** et une **attention dirigée**. Fluorine colorait en faisant **toujours des débordements qu'elle accepta d'apprendre à corriger**. Elle le fit **sans implication**, avec une **attitude enfantine**. Fluorine **évoqua son passé** durant la séance.

Dès le début de la SIXIEME SEANCE de pratique, Fluorine exprima son **souhait de finir sa production**. Elle fit **moins de débordements** et si elle appliquait la couleur avec **précipitation**, sa **technique et sa confiance en elle semblaient se renforcer**. Elle effectua les corrections avec une **minuterie inhabituelle**. La **qualité de ses touches** augmenta fortement, elle démontra une certaine **intention esthétique** se concrétisant entre autre dans une **personnalisation des conseils techniques** donnés. Cela sembla la **fatiguer**, néanmoins son **intentionnalité se renforçait**.

Fluorine **termina** sa première peinture. Elle sembla **mieux assumer les conséquences de ses difficultés** et être **capable de s'affirmer malgré cela**. Elle eut **très peu recours à des attitudes puériles**. Ses limites techniques apparentes ont semblées repoussées par l'allure et la direction plus sûres de sa motricité fine (donc un **progrès technique visible**). Sa capacité d'attention était plus continue et parfois même soutenue, **son intentionnalité a été effective**.

Lors de la SEPTIEME SEANCE, un **nouveau projet** fut décidé. La **même technique** choisit faciliterait le **maintien de l'engagement de Fluorine et son implication** dans une pratique plaisante. La **progression du savoir-faire** la **sécuriserait** afin que se poursuivent le **renforcement de son intentionnalité** et l'**augmentation de son plaisir**. Aucun panel de couleur ne lui serait proposé dans le but qu'elle **exprime et concrétise son intention plus librement**.

Fluorine **fit le choix d'un motif** représentant une marguerite stylisée. Elle **voulut un support plus petit** pour des raisons de gain de temps et de facilité technique accrue selon elle. Il était néanmoins peu probable de produire plus vite et plus facilement ce deuxième projet au regard du motif choisi, mais **elle ne tint pas compte de cette remarque**. Elle opta pour le format esthétiquement le plus en accord avec le motif choisit. **Elle affirmait son intention esthétique et faisait preuve de confiance en elle**. Si sa capacité d'autonomie semblait se renforcer, Fluorine faisait des choix qui n'étaient pas en cohérence avec les contraintes réelles exposées. **Seule l'expérience pourrait changer son représenté**.

A la fin de cette séance, fluorine dit gaiement : « *aujourd'hui c'était la préparation du terrain, demain on se met au travail !* ». Elle Fluorine évoqua ensuite le souhait de l'animatrice de voir sa première production. Il était alors possible que fluorine accepte de montrer son travail pour satisfaire l'autre et qu'elle n'en récolte aucun bénéfice autonomisant. Mais plus tard, l'animatrice expliqua avoir fait aucune demande, au contraire la proposition venait de Fluorine. Ainsi pour la première fois **elle envisageait une monstration**. Sous le couvert d'une **déresponsabilisation**, elle semblait **fière de sa production** et cela permettait de **développer sa capacité relationnelle**.

Pour la HUITIEME SEANCE, la résidente était en colère et alarmée par une coupure d'eau. Dans la pratique Fluorine due **elle-même dessiner le motif qu'elle avait choisit**. Afin que son inexpérience du dessin ne pénalise cette action, elle apprit à transposer le motif selon la technique de reproduction. Elle sembla **méfiant** quand à l'**imprévisibilité du résultat**. Elle fit

preuve de **confiance** et se prit au jeu des essais avec **plaisir**. Après six essais, Fluorine **considéra** que *ça devait « être bon »* et **appliqua le motif** sur le support. Le résultat fut facilement lisible mais imparfait. Fluorine accepta que je repasse les contours au crayon à papier sans démontrer ni de réticence ni d'enthousiasme. Fluorine **choisit quatre couleurs** qu'elle **réalisa avec intérêt**. Sa façon de mélanger la peinture dans la palette était **maniérée et lui complexifiait l'emploi du pinceau**. Elle reconnut verbalement son **rituel**, manifesté également par d'autres comportements. Fluorine **voulut prolonger la séance pour terminer** sa production mais cela ne suffit pas. Au moment de cette séance, **l'ascenseur en panne fonctionnait à nouveau** et Fluorine avait **montré sa première production à l'animatrice** qui lui en fit un retour positif. Elle exprima durant la séance la **possibilité d'exposer sa toile sur le mur de sa cuisine**.

La NEUVIEME SEANCE fut un second **atelier collectif** de « *découverte de l'argile* » organisé par l'animatrice. Fluorine vint suite à la demande de l'animatrice, à laquelle elle n'avait **pas exprimé ou assumé son intention**. Avant même que l'atelier ne débute, elle dit avec **une attitude infantile de retrait et un regard fuyant** : « *Moi je ne fais rien aujourd'hui. Je regarde c'est tout.* ». Malgré la possibilité de quitter l'atelier, elle **resta et ne pratiqua pas**. Les mécanismes de défenses de Fluorine semblaient fortement actifs (comme **la parentalisation, l'humour puéril, la déresponsabilisation, l'auto-exclusion**). Sans participer et sous l'apparence d'un humour jovial, elle **rit des autres, de leur technique et de leur production**. Elle **sollicita beaucoup d'attention** et eut recours à des **attitudes boudeuses**. Sollicitée de nombreuses fois par l'animatrice, elle accepta - au troisième tiers temps de l'atelier - une **pratique sans implication** véritable, en binôme avec l'animatrice et sur sa production. Les **comportements de Fluorine n'étaient pas en cohérence avec ses capacités effectives**. **L'activité groupale était pertinemment anxiogène**. Ses mécanismes de défenses ont **saboté ses relations** par un **mode de communication sarcastique**. Son **anxiété a inhibé sa poussée corporelle**. Si elle n'avait pas envie d'être là, elle n'a pourtant pas agité pour partir. Sa **difficulté à assumer dans l'action ses intentions** a été manifeste. Néanmoins, Fluorine **a su affirmer verbalement ses intentions** : ne pas participer et partir.

Lors de la DIXIEME SEANCE d'art-thérapie, Fluorine **exprima verbalement ne plus vouloir participer à des ateliers collectifs** d'activité artistique. Avant de débiter la pratique, Fluorine **dit vouloir "son" petit pinceau**. Il fut moins nécessaire que d'habitude d'informer de l'enchaînement des actes techniques à faire, la patiente **semblait plus autonome** malgré sa **fatigue** évidente due aux conséquences d'une pharyngite. Au cours de la séance, Fluorine observa **anxieuse** un camion se garer sous les fenêtres de son appartement. Elle eut **peur qu'un nouvel incident** soit arrivé dans la résidence. Après la séance, il fut convenu d'un rendez-vous entre Fluorine et le technicien chargé de la maintenance afin que **la première production de la résidente soit fixée** au mur de sa cuisine.

Fluorine avait oublié la ONZIEME SEANCE d'art-thérapie. Il fut remarquable de constater qu'elle **assuma pour la première fois spontanément la responsabilité des conséquences de sa difficulté mnésique**. Son **empressement** dans la pratique fut élevé car elle souhaitait **terminer sa production avant la fin des séances** la semaine suivante. Elle **refusa la proposition insistante d'un rendez-vous supplémentaire** en matinée, expliquant qu'il serait probable que la ménagère surprenne la séance si elle avait lieu en matinée. Fluorine **se dissimulait encore**. Durant la pratique, malgré son **empressement** elle **déborda peu et appliqua mieux les conseils techniques** partagés depuis le début des séances. A la fin de la séance, Fluorine en ouvrant sa porte aperçut sa voisine de palier dans le couloir. Elle la salua cordialement en retardant la sortie du stagiaire art-thérapeute. Elle expliqua **nerveusement** ensuite ceci : « *si elle nous avait vu elle l'aurait répété au groupe.* ».

Au cours de la DOUZIEME ET DERNIERE SEANCE Fluorine **termina sa deuxième production** et pu prévoir **l'accrochage de ses deux œuvres**. Dans la pratique Fluorine **appliqua les conseils techniques** s'ils étaient réitérés. **Aucun empressement** de sa part n'a été observable. L'événement le plus important arriva à la moitié du temps de pratique, lorsque

Fluorine haussa le ton **pour suggérer d'arrêter de dénaturer sa toile** « *en corrigeant de trop* ». Elle verbalisa ensuite régulièrement **son avis sur la qualité technique de sa production sans l'emploi d'intonations infantiles**. Son **exigence technique** sembla s'exprimer **en cohérence avec son goût esthétique** et progressivement signala de plus en plus directement là où elle requérait de l'aide. La résidente semblait **reconnaître, accepter et assumer ses difficultés techniques** et leur rendu en terme de production. **L'estime de soi de Fluorine sembla être renforcée**. Elle dit ne pas avoir vu passer le temps et sembla avoir pris du **plaisir à pratiquer**.

c. Le suivi a été brièvement évalué par la patiente et un bilan positif fut fait à l'équipe médicale qui découvrit en partie l'état sanitaire de Fluorine.

Fluorine a pu auto-évaluer les deux dernières séances de l'accompagnement art-thérapeutique :

Auto-évaluation de la séance n°10	Auto-évaluation de la séance n°11								
<p>- Trouvez-vous votre production correctement réalisée ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout parfaitement</p> <p>- Trouvez-vous votre production belle ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous envie de continuer ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous passé un bon moment ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p>	<p>- Trouvez-vous votre production correctement réalisée ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout parfaitement</p> <p>- Trouvez-vous votre production belle ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous envie de continuer ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous passé un bon moment ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p>								
<p>Le fond de ce qu'a produit Fluorine au cours de cette séance semblait lui convenir (4 sur 5), mais pas la forme (2 sur 5) qu'à pris son expressivité. Fluorine paraissait insatisfaite de sa technique, même si elle considérait l'esthétique de sa production en cours lui plaire aisément. Son envie de continuer et son ressenti positif de la qualité du moment* étaient très élevés (5 sur 5). Au cours de cette séance, si le style de Fluorine ne l'a pas gratifié positivement, son goût était comblé en très grande partie. Ce qui sembla suffire à lui donner une grande envie de continuer.</p>	<p>Fluorine a apprécié les qualités technique (4 sur 5) et esthétique (4 sur 5) de sa production finie. Il semblait qu'elle avait donc reconnu son savoir-faire et qu'il avait su satisfaire son idéal esthétique. Elle exprima au travers de cette notation avoir vécu un moment très agréable (5 sur 5), tout en souhaitant modérément le réitérer (3 sur 5).</p>								
<p>L'indice différentiel était supérieur à 1 point :</p> <table border="1" data-bbox="311 1473 807 1563"> <thead> <tr> <th>Moyenne (Ø) des 3B</th> <th>Indice différentiel (QM¹ - Ø3B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,66</td> <td>1,34</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il y avait donc une incohérence située ici entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le constat de Fluorine quand à sa capacité de réaliser une belle production, d'en être fière et d'en ressentir du plaisir ; - le déficit de confiance et d'assurance en elle malgré le constat de sa capacité après cette séance. 	Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM ¹ - Ø3B)	3,66	1,34	<p>L'indice différentiel était encore supérieur à 1 point :</p> <table border="1" data-bbox="936 1473 1433 1563"> <thead> <tr> <th>Moyenne (Ø) des 3B</th> <th>Indice différentiel (QM - Ø3B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,66</td> <td>1,34</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il y avait donc une incohérence située ici entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le plaisir élevé ressenti par Fluorine durant la pratique ainsi que la confiance que cette séance lui a permis de développer ; - son souhait modéré de s'engager à nouveau. <p>(Cette notation pouvait s'expliquer par le fait que la production de Fluorine était terminée au moment de l'auto-évaluation. Même si elle n'avait pas complètement envie de recommencer ou de poursuivre, elle n'était pas contre cette idée.)</p>	Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM - Ø3B)	3,66	1,34
Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM ¹ - Ø3B)								
3,66	1,34								
Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM - Ø3B)								
3,66	1,34								

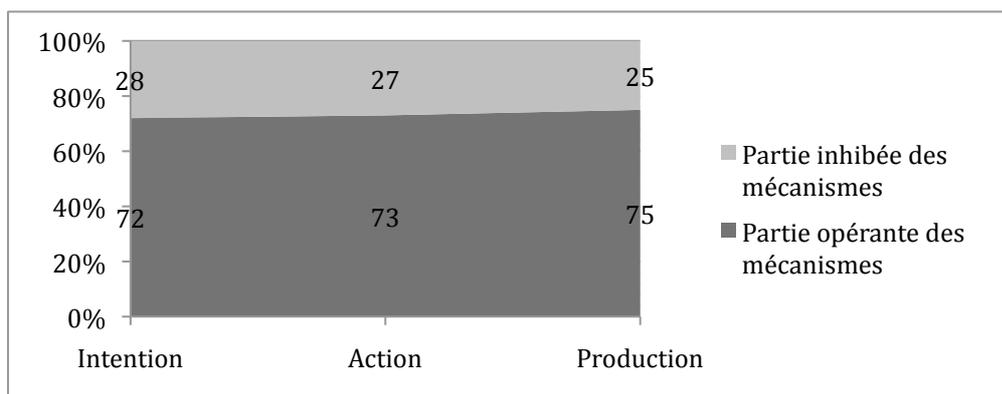
Il est important de noter que l'auto-évaluation de la séance n°10 concernait la **production en cours de réalisation**, tandis que celle de la séance n°11 (soit la dernière séance) concernait la **production terminée**. Il est donc **difficile de comparer les résultats** de ces deux

¹ La Qualité du Moment est la quatrième modalité de cette auto-évaluation.

auto-évaluations. Toutefois, leurs différences notables permettent de constater **l'activité de la subjectivité** de Fluorine.

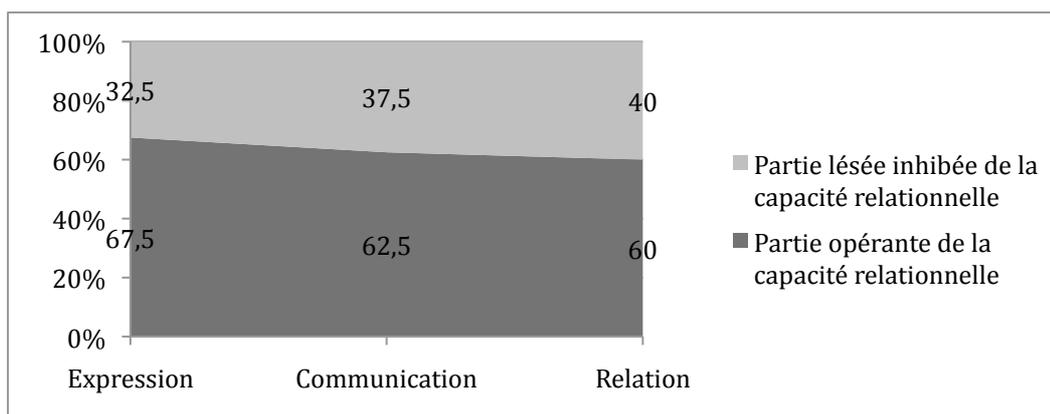
Malgré la saturation de travail des équipes de soin due à la conjoncture de l'institution, un bilan du suivi de Fluorine pu être communiqué au cours d'une réunion de transmission. Les **deux états de base** de la résidente **avant et après l'accompagnement** art-thérapeutique furent décrits. Trois sur quatre membres alors présents de l'équipe médicale furent surpris du constat sanitaire de Fluorine, qui semblait n'avoir en apparence aucune difficulté quotidienne relationnelle où mentale, ni d'anxiété dépassant la normale. Il fut donc admis après cette transmission qu'elle présentait des **difficultés physiques et mentales**, incombant des **souffrances psychiques réversibles** qui s'exprimaient par **des comportements défensifs et de prestance** (comme la **parentalisation, un humour puéril, l'auto-exclusion ou la ritualisation du quotidien**) **n'étant pas de l'ordre de sa personnalité**.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation du phénomène artistique de Fluorine après son suivi :



Les mécanismes visibles impliqués dans l'activité artistique de Fluorine étaient opérationnels à 73,3 % après son cheminement thérapeutique.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation de la capacité relationnelle de Fluorine après son suivi :



La capacité relationnelle de Fluorine était opérationnelle à 63,3 % après son suivi.

B. Mère au foyer puis secrétaire retraitée, Jaisse a deux enfants.

1. Les rencontres préliminaires avec Jaisse.

a. Jaisse a porté un intérêt immédiat pour l'art-thérapie.

Lors de la réunion de présentation de la stagiaire, de l'art-thérapie et de sa mise en pratique dans l'établissement, aucun des résidents n'a souhaité s'engager dans des séances et peu ont démontré un intérêt pour la dominante annoncée (à savoir la céramique). Au moment où chacun

retournait à ses occupations, une résidente cependant exprima ceci : « *j'aimerais faire des choses avec vous.* ».

Jaïsse a donc été la première résidente à bénéficier d'un accompagnement art-thérapeutique. En exprimant verbalement son souhait, elle démontra une certaine capacité d'autonomie et sembla exprimer une **intention de réaliser un cheminement thérapeutique**. Toutefois, elle saisit l'occasion de son engagement à des séances individuelles pour évoquer presque immédiatement ses difficultés et son histoire de vie. Il a semblé avant tout qu'elle avait **besoin de partager son anxiété et sa tristesse**.

b. L'anamnèse et l'état de base de Jaïsse montrèrent qu'elle souffrait des conséquences de multiples blessures de vie malgré sa bonne santé relative.

Lors de la première rencontre, à la question « *comment allez-vous ?* » Jaïsse se décrit « *épuisée de porter celui qui va mal.* ». Elle évoquait son fils schizophrène dont elle vivait quotidiennement les comportements agressifs. Sa fille vivait éloignée et elles entretenaient des **rapports conflictuels**. Jaïsse avait d'elle plusieurs dessins fixés au mur de son appartement à l'institution. Lorsqu'il fut envisagé qu'elle puisse pratiquer elle-même cette technique ou la peinture, elle avoua aimer ces pratiques mais être novice en la matière, en ajoutant qu'elle se **sentirait surtout en échec** par rapport à la qualité des productions de sa fille si elle devait dessiner elle-même. Ainsi Jaïsse se **dévalorisait, ce qui devait inhiber sa poussée corporelle et sa capacité d'action**. Son dossier médical informait que des conflits récurrents avec sa fille étaient **anxiogènes et vecteurs de déprime**. Outre ces faits pénalisants, Jaïsse avait vécu de multiples **deuils successifs**. Elle avait perdu son mari et les autres membres de sa famille dans des circonstances toutes assez brutales, en générale causées par des cancers. La presque **totalité des propos verbalisés** par Jaïsse lors de notre première rencontre concernaient soit des **problématiques liées à son fils et à la vente de sa maison, soit l'éloignement de sa fille, soit les mourants** qu'elle avait dû accompagner ces dix dernières années.

Le **placement** de Jaïsse en EHPAD était **volontaire**. S'il avait eu lieu trois ans plus tôt, elle vivait néanmoins depuis quatre mois à la résidence " Les Glycines", ayant habité auparavant dans la résidence la moins vétuste " Les Camélias ". Elle avait décidé ce déménagement récent afin de ne pas être contrainte à le faire par les travaux de réhabilitation en cours. Ce choix démontrait une **capacité d'adaptation et d'intentionnalité** (également effective lorsqu'elle s'était engagée spontanément dans un cheminement thérapeutique en s'y impliquant concrètement). Elle entretenait des liens de **courtoisie et d'amitié** avec les résidents et a semblé **apprécier vivre** dans sa nouvelle résidence. Elle **envisageait toutefois de déménager** sous peu dans le tout nouvel établissement (ouvert en septembre 2014). Elle verbalisa espérer ainsi installer une distance supplémentaire avec son fils, qu'elle **paraissait vouloir fuir** malgré les attentions quotidiennes qu'elle lui vouait. Elle dit qu'il viendrait moins la voir dans le tout nouvel établissement. Au regard de l'opération artistique, Jaïsse avait **des intentions (4), les mettait en actes (5 et 6) et les affirmait (7 et 8)**. Mais son **ressenti (3) restait déplaisant**, ses actions semblaient être en vérité des **réactions (6)** dues à **un représenté lésé (4)** et son **mode relationnel inadapté ne semblait pas la gratifier positivement**.

Les multiples **blessures de vie** vécues par Jaïsse semblaient impacter fortement son **amour** d'elle-même et des autres, sa **confiance** en elle et envers autrui, sa **saveur existentielle**. Elle avait donc des difficultés à donner du sens à sa vie.

Selon son dossier médical, Jaïsse était hébergée en EHPAD du fait d'un niveau de **dépendance diminué (GIR5)** après **deux chutes** à son domicile mal adapté. Son MMSE¹ affichait un score de 29 points sur 30, ce qui pouvait permettre d'envisager l'autonomie de Jaïsse comme n'étant pas lésée et son **indépendance plutôt bonne**.

Sur le plan sanitaire, elle présentait des **difficultés physiques** d'origines cardiaques et respiratoires peu contraignantes. Elle souffrait **d'arthrose aux extrémités** et aux genoux,

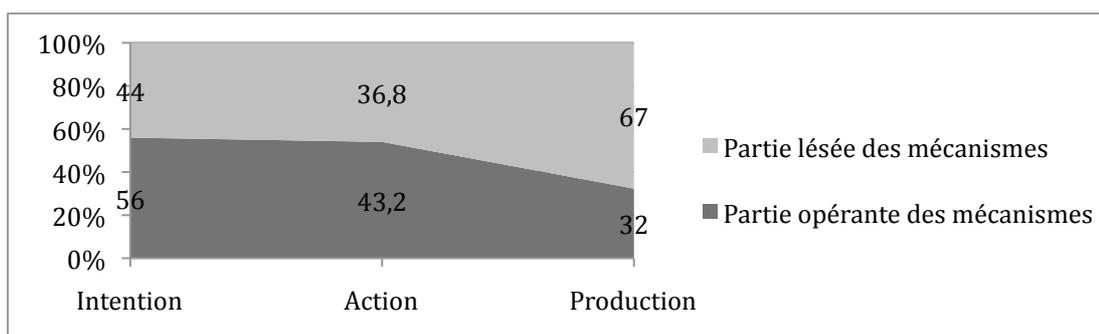
¹ Le Mental-State Examination est un outil pratique d'évaluation (réalisée par un membre de l'équipe médicale, généralement le psychologue) de l'état des fonctions cognitives sous la forme d'un score dont le seuil pathologique dépend du niveau socioculturel. Il donne ainsi un aperçu de la capacité d'autonomie des patients.

rendant l'endurance à la marche douloureuse, surtout dans les escaliers. Ses doigts n'étaient pas marqués par la maladie, en revanche **elle avait cessé ses activités manuelles (tricot et broderie) à cause de douleurs.**

Le dossier médical de la résidente expliquait qu'elle n'avait pas le sentiment d'être en bonne santé, notamment du fait d'**angoisses**. La **santé psychique** de Jaïsse était **fragilisée** par une **anxiété élevée** et une **tristesse abondante**. Le mini GDS¹ de la patiente affichait un score de 3 sur 4 et une **anxio-dépression** lui était diagnostiquée. Jaïsse avait bénéficié de 23 séances psycho-thérapeutiques avec un psychologue entre 2011 et 2012, qui n'avaient abouties à aucune conclusion particulière sur son dossier médicale. Un **traitement médicamenteux** était prescrit à Jaïsse **sans conséquence sur sa maladie** (selon son dossier médical et la médecin coordonnatrice). Elle prenait quotidiennement **deux psychotropes** dont un anti dépresseur inhibiteur puissant de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, et faible de la recapture de la dopamine, luttant également contre le trouble anxieux. Le second était un hypnotique sédatif (somnifère) ayant une action du type des benzodiazépines. **Les effets iatrogènes de ces traitements étaient à prendre en considération pour l'observation de Jaïsse** durant son suivi art-thérapeutique. Très variés, ces effets résidaient principalement en des troubles tels que la nervosité, l'insomnie, la sédation, la somnolence, l'agitation, des troubles physiologiques divers (tremblements, vision, etc...) et des troubles de la mémoire, une dépendance et un syndrome de sevrage.

La **maladie** psychique était donc une pénalité dont souffrait Jaïsse et qui incombait une **diminution de sa qualité de vie et de sa capacité de projection**, s'accompagnant d'une **anxiété accrue** des évènements en cours et à venir. Au regard de l'opération artistique (Annexe 2), le **ressenti (3)** de la patiente était principalement pénalisé par la dépression, avec une **structuration et un représenté (4) lésés** et donc une **poussée corporelle (5) inhibée**. L'**anxiété chronique** de la sujette impactait principalement **son élan moteur (5)** et sa **capacité d'agir (6)**. Sa **confiance** en elle-même et en l'autre était donc **affaiblie**. Sa tendance à se dévaloriser et sa culpabilité témoignaient d'un **désamour** d'elle-même élevé. La **dépression inhibe fortement les ressentis positifs** et Jaïsse souffrait d'une **tristesse constante**. Elle ne **semblait pas savoir se positionner quand à la qualité de son propre ressenti**. A la question : « *Est-ce que cela vous plait ?* », plutôt que de verbaliser une réponse elle serrait les lèvres et haussait les épaules dans le silence. Jaïsse était âgée de 83 ans.

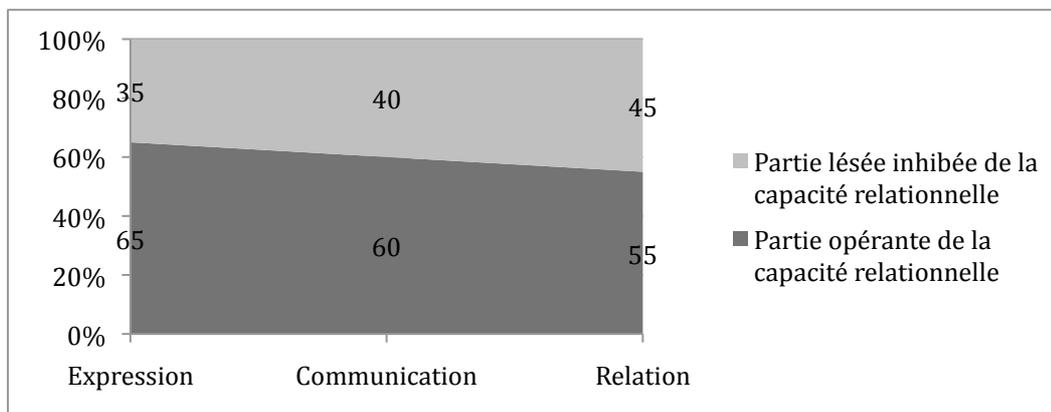
Le graphique qui suit illustre l'évaluation du phénomène artistique de Jaïsse avant son accompagnement :



Les mécanismes visibles impliqués dans l'activité artistique de Jaïsse avant son cheminement en art-thérapie étaient opérationnels à 43,7 %.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation de la capacité relationnelle de Jaïsse avant son suivi :

¹ Le mini GDS est une version brève du Gériatrique Dépression Scale de Yesavage. Réalisé par un membre de l'équipe médicale, généralement le psychologue, il permet un repérage des dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé. Si l'évaluation par le mini GDS aboutit à un score égal ou supérieur à 1, il y a une forte probabilité de dépression.



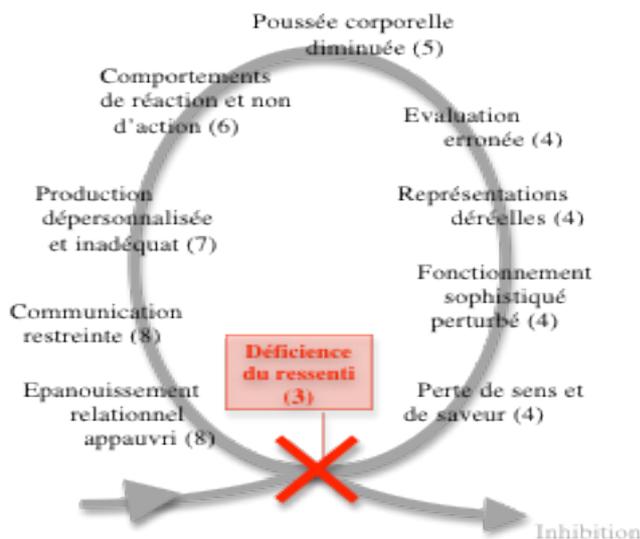
La capacité relationnelle de Jaïsse était opérationnelle à 60 % avant son accompagnement.

- c. L'avis du personnel social et de l'équipe médicale révéla la personnalité ambiguë de Jaïsse.

Les rapports de la résidente avec son fils étaient complexes. Ils oscillaient entre fusion et rejection. Ce furent les informations fournies par le personnel social et médical qui aiguillèrent ce constat. Au début de son séjour à la résidence " les Glycines ", Jaïsse aurait décrit verbalement son fils au personnel social par sa grande beauté et son intelligence, sans informer de sa maladie pourtant très envahissante. Un jour l'animatrice lui posa cette question : « *Est-il marié ?* ». La réponse de Jaïsse fut surprenante : « *Marié ? C'est le fils de sa mère.* ». Cette réaction dénotait un mode relationnel très inappropriée de Jaïsse avec son fils, et connotait une **problématique de la capacité relationnelle**.

En plus des constats déjà effectués concernant l'état initial de Jaïsse, la médecin gériatre coordonnatrice la décrit comme une patiente au **potentiel manipulateur élevé**, notamment par l'emploi de **plaintes et la victimisation**. Les sentiments de Jaïsse semblaient paradoxaux, oscillant entre **dévalorisation et narcissisme**.

Une boucle peut schématiser le processus inhibiteur de Jaïsse :



Le schéma ci-dessus représenté a été conçu pour ce dossier de fin d'étude.

2. L'accompagnement art-thérapeutique de Jaïsse débuta.

- a. Le protocole de soin résultant des séances préliminaires portait sur l'état dépressif de Jaïsse.

Jaiÿsse a été **indiquée** par la médecin gériatre coordonatrice aux séances d'art-thérapie dans le but de **la revaloriser** et de **soulager son anxiété**.

Le premier **objectif thérapeutique générale** des séances d'art-thérapie fut l'**augmentation d'un ressenti plaisant** chez Jaiÿsse.

Dans cet optique, la **stratégie thérapeutique** comportait **comme méthode des exercices dirigés en séances individuelles** d'une heure. Le **modelage céramique** fut la **dominante** plastique déterminée comme pertinente pour répondre à la nécessité d'engendrer chez la patiente **un plaisir sensoriel positif** au contact de la matière terre. La technique n'était pas primordiale, ni l'aboutissement à une production. La patiente étant néanmoins très **anxieuse**, il a lui a été proposé un exercice cadré qui ne consistait pas simplement à rechercher des sensations tactiles. De plus, les personnes âgées pouvant apprécier se sentir utiles, la recherche seule de sensations positives ne semblait pas avoir d'intérêt bénéfiques. Une **pratique sécurisante** lui a donc été proposée par la **réalisation mimétique d'un objet de son choix**. Jaiÿsse étant capable d'intentions déterminées, cela devait **laisser l'espace à sa partie saine de s'épanouir**.

Les **items théoriques** ont été définis et ont évolués durant la prise en charge. Le tableau ci-dessous présente les faisceaux d'items observés :

APTITUDE	MODALITE	FASCEAUX D'ITEMS		EXEMPLES ISSUS DES 51 ITEMS
Capacité relationnelle	Expression	Lésée	Verbale	Cherche ses mots
			Non verbale	Attitudes invariables
		Effective	Verbale	Livre verbalement une anxiété
			Non verbale	Expression faciale
	Communication	Plainte		Se plaint de comportements de son fils
		Victimisation		Accuse ses enfants d'être la source de son mal-être
		Humour		Fait des blagues
		Cordiale		Exprime un intérêt verbal direct envers autrui
	Relation	Lésée	Verbalise avoir peur de gêner	
		Effective	Invite autrui à participer à la séance	
Phénomène artistique	Impression	Facteur défavorisant		Douleur exprimée ou constatée (difficulté retrait bagues)
	Intention	Choix		Choisi son pinceau (« je veux »)
		Engagement		Arrive à l'heure à la séance
		Volonté (esthétique ou non)		Souhaite verbalement plus de ressemblance formelle
	Action	Passivité		Marque un temps d'hésitation avant la pratique
		Activation		Fait le mélange de couleur
		Qualité motrice		Gestuelle souple ou rigide
	Production	Cohérence de la production et du goût		Exprime du contentement quand au résultat
		Art1 / Art2		Motif heuristique ou mimétique
	Estime de soi	Amour de soi positif	Ressenti positif	Verbal
Non verbal				Caresse le papier
Ressenti négatif			Verbal	Evoque la vente de sa maison
			Non verbal	Soupir de mécontentement
Confiance en soi		Lésée	Anxiété	Verbalise avoir peur de faire
			Dévalorisation	Compare négativement sa production à celle d'autrui
		Effective	Réalise le mélange de couleur seule	
Affirmation de soi		Lésée	Elocution tremblante	
		Effective	Montre ses productions	

b. Deux stratégies thérapeutiques se succédèrent au cours des séances qui mirent en évidence une inhibition des émotions et des sentiments de la patiente puis un manque de confiance en elle.

Au cours des **deux premières rencontres informelles**, les **plaintes existentielles** de Jaiÿsse furent très nombreuses concernant des **sujets plutôt graves**, pour autant elle **n'exprima pas une thymie particulière**. Elle semblait toutefois **anxieuse** au regard de son **intonation tremblante**, de son **port de tête très statique** et de sa **posture physique raide**. Suite à ces deux rencontres, les séances de pratique débutèrent.

Durant les **8 séances** effectuées au cours du premier stage, Jaiÿsse **voulut reproduire en argile un modelage réalisé par son fils** alors qu'il entraait officiellement dans la schizophrénie. Elle le conservait depuis quarante ans. La précieuse pièce de terre cuite rouge semblait représenter un aigle stylisé, debout sur ses serres, les ailes ouvertes et la tête courbée.

La PREMIERE SEANCE débuta par l'ouverture d'un pain de dix kilogrammes d'argile. Avant que le papier plastique entourant la masse ne soit ôté, le **doigt de Jaïsse fila comme l'éclair s'enfoncer dans la matière**. Elle me regarda **amusée** en m'adressant un **léger sourire**. Elle **malaxa** de temps à autre **entre ses doigts de petits bouts de terre** en m'observant pratiquer à partir de la **seconde séance et à chacune des six séances suivantes**. Elle semblait donc **rechercher un plaisir sensoriel et l'avoir trouver puisqu'elle réitérait cette action**.

Au cours des TROIS PREMIERES SEANCES, la **poussée corporelle** de la patiente semblait **inhibée** car elle avait des **difficultés à agir**, **l'élan lui faisait défaut les deux tiers du temps** de pratique, malgré le constat de son **intention et de son engagement**. Elle restait plus dans la **contemplation** sans passer à l'action. Aussi, **l'objectif intermédiaire fut d'impliquer la patiente activement dans la production**.

Jaïsse **évoquait en quantité les événements tristes** qui avaient jalonnés son existence, en les **répétant** même souvent. Cependant, ses **plaintes existentielles diminuaient pendant la pratique** au cours de toutes les séances du premier stage. **L'apprentissage technique** de la copie en modelage est un exercice exposé à des **contraintes importantes**, et **l'attention de la patiente semblait en très grande partie sollicitée** pour répondre à l'exercice. Lorsqu'un **événement perturbant arrivait à Jaïsse** (comme un appel téléphonique agressif de son fils), la **quantité de plainte de la patiente augmentait à la séance suivante**. Néanmoins, elles **restaient moindres durant la pratique**.

Lors de la QUATRIEME SEANCE, Jaïsse **invita un résident** qu'elle côtoyait à venir assister à sa pratique (Edouard Omindarjean). Il vint observer la patiente qui sembla alors être **plus active dans la réalisation** de sa pièce. Elle fit **plus de tentatives** de modelage qu'à son habitude. Cette séance marqua le début de **l'inversion des proportions du temps** qu'elle passait à **contempler** et du temps qu'elle passait à **pratiquer** durant la séance.

Suite à la QUATRIEME SEANCE, Jaïsse **s'impliquait plus** dans la pratique et démontrait une **intention esthétique** par des exigences formelles. Sa **technique n'était pas au point et nécessitait des progrès**. Aussi commença t-elle à **exprimer** progressivement plusieurs **sentiment** de façon non verbale. A LA SIXIEME SEANCE elle **soupira**, puis s'adossa à sa chaise en retirant ses mains de sa production et dit ceci : « **Je n'y arrive pas. J'arrête.** ». Elle reprit la pratique moins de deux minutes plus tard. Jaïsse **persévérait**. Sa **capacité à agir pour répondre à son intention esthétique se développait**, ce qui présageait d'une **possibilité croissante de gratification sensorielle** par la recherche de son idéal esthétique.

A LA SIXIEME SEANCE, Jaïsse **invita une autre résidente** à venir l'observer pratiquer. Elle **montra fièrement sa réalisation** à son amie, en lui disant qu'il s'agissait plus de **l'œuvre de la stagiaire plutôt que de la sienne**. Après le départ de l'invitée au bout de vingt minutes, Jaïsse que la stagiaire ne modifierai sa production **que cinq fois durant le temps de pratique restant**. Elle afficha un visage coi et ne cru pas cela possible. Elle eu **de nouveau une difficulté accrue à agir** sur sa pièce ce qui semblait signifier que **le travail en binôme renforçait la capacité d'agir** de la patiente. Lors de la SEPTIEME SEANCE, Jaïsse fut informée **qu'aucune action ne serait entreprise sur sa pièce sans sa demande explicite**. Cela **parut sécurisant** pour elle car sa **poussée corporelle** opérait avec **constance** alors qu'elle **réfléchissait plus à la justesse de ses actions** sur la matière pour **obtenir le résultat** souhaité, donc **développait ses intentions**.

Durant le premier stage, il a semblé que Jaïsse n'avait **pas de difficulté à s'affirmer**. Elle **assumait parfaitement sa production** en cours ou achevée, quoi qu'elle en dise, en la **montrant systématiquement** à d'autres résidents qu'elle fréquentait. Néanmoins, il parut que Jaïsse **ne considérait pas sa production comme étant son ouvrage**. Cela **expliquait peut-être sa facilité à montrer** sa production. En invitant par deux fois des résidents à venir observer nos séances, Jaïsse **démontra pourtant qu'elle assumait sa propre productivité** aux yeux d'autrui et donc **le traitement mondain**. Cette **participation extérieur due être cadrée** en requérant auprès de Jaïsse **l'information préalablement de son souhait** d'inviter une tierce personne et

également en requérant de ses spectateurs qu'ils ne restèrent qu'un temps restreint en début de séance. Jaïsse sembla **surprise** et son attitude la montra quelque peu **déconvenue**, mais elle **accepta sans réticence** aucune. Il semblait **qu'elle savait s'affirmer**, mais que cela pouvait être **au détriment de la relation**. Si Jaïsse se **dévalorisait verbalement**, elle semblait néanmoins se donner **une valeur** suffisante pour avoir **l'intention et l'action de provoquer un traitement mondain**.

Au cours de la HUITIEME SEANCE et dernière du premier stage, Jaïsse eu un **éclat de rire** franc. Ce fut **la première fois pendant une séance individuelle**. La **confiance et la relation** avec la patiente se sont **approfondies** durant le suivi. Elle a su démontrer des **souhaits et les exprimer plus ou moins directement** (comme celui de demander une aide ou un conseil technique) ce qui avait pour effet de **soutenir et sécuriser sa poussée corporelle**. Son **implication se développa** au cours des séances et elle pratiqua de plus en plus **seule** même si le **binôme** restait très **renforçateur**.

Lors du **second stage** dans l'institution, Jaïsse ne pu bénéficier que de **trois séances d'art-thérapie**, dont l'**une servit de mise à jour de l'état initial** de la patiente (nécessaire après six semaine d'arrêt des séances).

La patiente **souhaita changer de dominante** et la **peinture acrylique sur grand format papier** lui fut proposée. Cette **technique** a tendance à **générer des ressentis facilement et une gratification sensorielle directe**, induits par l'utilisation des **couleurs** et par la **surface qu'offre un format raisin**. Elle est de plus **culturellement diffusée** en tant que pratique artistique auprès des personnes âgées, et très **accessible** dès l'enfance c'est une **pratique familière**.

La NEUVIEME SEANCE du suivi et première séance préliminaire du second projet, mit en évidence **une difficulté très prononcée de Jaïsse à développer une intention particulière et à la mettre en acte**. La patiente sembla si **anxieuse** qu'elle n'**eu pas d'intention au moment de passer à la pratique**. Les couleurs primaires étaient disposées dans la palette et l'exercice consistait à peindre sur le thème des saisons, mais **Jaïsse resta figée**. Il semblait que l'exercice restait **trop ouvert**. Il fut présenté à Jaïsse le motif imprimé d'un arc-en-ciel qui servait d'exemples de couleur. Elle accepta la proposition de **tenter de le recopier** en peinture, cela permis de **déclencher un élan corporel** et Jaïsse **suivit les conseils techniques** pour peindre.

Un **objectif général nouveau** était de **développer l'autonomie de Jaïsse dans la pratique**. La **stratégie thérapeutique** employée proposerait un **exercice cadré**, une **pratique individuelle et non plus en binôme** avec la stagiaire.

A la DIXIEME SEANCE, Jaïsse arriva **ravie d'apprendre à peindre**. Pour répondre à la **stratégie plus cadrante**, la feuille **format raisin** avait été **divisée en quatre zones** de tailles identiques, chacune étant titrée : « printemps », « automne », « été », « hiver ». Si Jaïsse **connaissait maintenant le matériel et son utilisation**, elle **restait figée** même en sachant comment s'en servir. Il fallut **décrire toutes les étapes** à réaliser pour aboutir au dépôt d'une touche de peinture sur le papier, par exemple : « *choisissez un pinceau, prenez un pinceau, trempez le dans l'eau, essuyez le sur l'éponge* ». Mais elle **ne réussissait pas à choisir** un pinceau, et restait même **muette**. Au moment de peindre, elle regardait les yeux écarquillés, elle semblait vouloir dire quelque chose qui **n'arrivait pas à s'exprimer**. Cela dura environ dix minutes. Jaïsse **réussit à exprimer verbalement plusieurs fois** une affirmation interrogative du type « *je ne vais pas y arriver ?* » qui dénotait son **état d'anxiété**. Elle semblait **partagée entre son intention et son envie de pratiquer**, et sa **croyance qu'elle en était incapable**. Elle réussit à poser le pinceau avec une délicatesse infinie sur le papier. Dumoins temporairement, le problème **d'une incohérence entre son intention et son représenté** semblait se résoudre. Après la séance, elle dit à d'autres résidents : « *j'ai fait de la peinture. J'adore apprendre des choses manuelles.* ». Elle quitta l'atelier avec un **large sourire, en oubliant ses clefs**. Entre cette séance et la suivante, Jaïsse **montra sa réalisation picturale à trois résidentes**.

Pour la ONZIEME ET DERNIERE SEANCE de l'accompagnement art-thérapeutique, Jaisse arriva **très anxieuse**. Elle avait une **attitude fermée**, sa **mâchoire semblait contractée**. Elle avait appris que sa fille ne souhaitait pas venir la voir pour les vacances comme cela était prévu. Jaisse en **souffrait énormément**. Elle **partagea verbalement ses sentiments** de tristesse pendant les quinze premières minutes de séance, après lesquelles sa **posture physique était moins raide et rigide**. Elle **sourit et voulut** peindre. Après avoir été sollicitée, elle opta en **hésitant beaucoup pour un pinceau de son choix** dont elle se saisit **seule**. Elle marqua un **temps beaucoup plus court** (trente seconde environ) d'appréhension avant de peindre. Jaisse réalisa le motif d'une fleur de coquelicot entouré de deux trèfles qu'elle **voulut garder** (à l'inverse de sa production céramique.). Elle quitta la séance **très souriante**, se disant **ravie du suivi** d'art-thérapie réalisé.

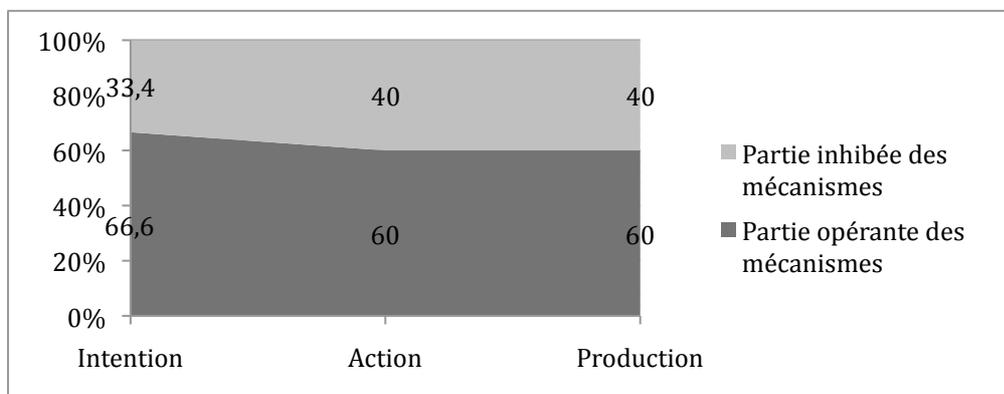
- c. Un bilan à l'équipe médicale et l'évaluation du suivi par la patiente montrent que l'effet de la pratique artistique a été thérapeutique concernant l'estime de soi et l'inhibition émotionnelle de Jaisse.

Auto-évaluation de la séance n°11	Auto-évaluation de la séance n°12								
<p>- Trouvez-vous votre production correctement réalisée ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout parfaitement</p> <p>- Trouvez-vous votre production belle ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous envie de continuer ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous passé un bon moment ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p>	<p>- Trouvez-vous votre production correctement réalisée ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout parfaitement</p> <p>- Trouvez-vous votre production belle ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous envie de continuer ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p> <p>- Avez-vous passé un bon moment ?</p> <p>1 2 3 4 5 Non pas Oui dutout énormément</p>								
<p>Le fond de ce qu'a produit Jaisse au cours de cette séance semblait lui convenir moyennement (3 sur 5), mais pas la forme (2 sur 5) conséquente d'un manque de savoir faire. Jaisse paraissait insatisfaite de sa technique mais son goût n'était pas insatisfait pour autant. Son envie de continuer et son ressenti positif de la qualité du moment étaient très élevés (5 sur 5). Au cours de cette séance, il sembla que Jaisse ressenti un grand plaisir car elle exprima une grande envie de réitérer l'expérience.</p>	<p>Jaisse a moyennement apprécié les qualités techniques (3 sur 5) et esthétiques (3 sur 5) de sa production. Il semblait que son savoir-faire encore moyennement abouti équivalait à son goût modérément assouvi. Si le style de Jaisse ne la gratifiait pas, elle exprima au travers de cette notation avoir vécu un moment très agréable (5 sur 5) qu'elle aurait parfaitement apprécié réitérer (5 sur 5).</p>								
<p>L'indice différentiel était supérieur à 1 point :</p> <table border="1" data-bbox="309 1615 807 1704"> <thead> <tr> <th>Moyenne (Ø) des 3B</th> <th>Indice différentiel (QM - Ø3B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,33</td> <td>1,67</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il y avait donc une incohérence située ici entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le constat plutôt négatif de Jaisse quand à sa difficulté de faire une production techniquement bien réalisée qui n'aboutit que moyennement à son idéal esthétique ; - L'affirmation de son plaisir maximale. 	Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM - Ø3B)	3,33	1,67	<p>L'indice différentiel était encore supérieur à 1 point :</p> <table border="1" data-bbox="935 1615 1433 1704"> <thead> <tr> <th>Moyenne (Ø) des 3B</th> <th>Indice différentiel (QM - Ø3B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,66</td> <td>1,34</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il y avait donc une incohérence située ici entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gratification sensorielle et la confiance peu élevées qu'à ressenti Jaisse au cours de la pratique; - L'affirmation de son plaisir maximale. 	Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM - Ø3B)	3,66	1,34
Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM - Ø3B)								
3,33	1,67								
Moyenne (Ø) des 3B	Indice différentiel (QM - Ø3B)								
3,66	1,34								

La **différence observable** de ces deux auto-évaluations permet de constater que **Jaisse semble avoir reconnu ses progrès techniques**. **L'incohérence due à l'indice différentielle supérieur à 1 point** dans les deux notations semblait refléter **la capacité de Jaisse à s'affirmer malgré sa difficulté d'agir et son manque de confiance en elle**.

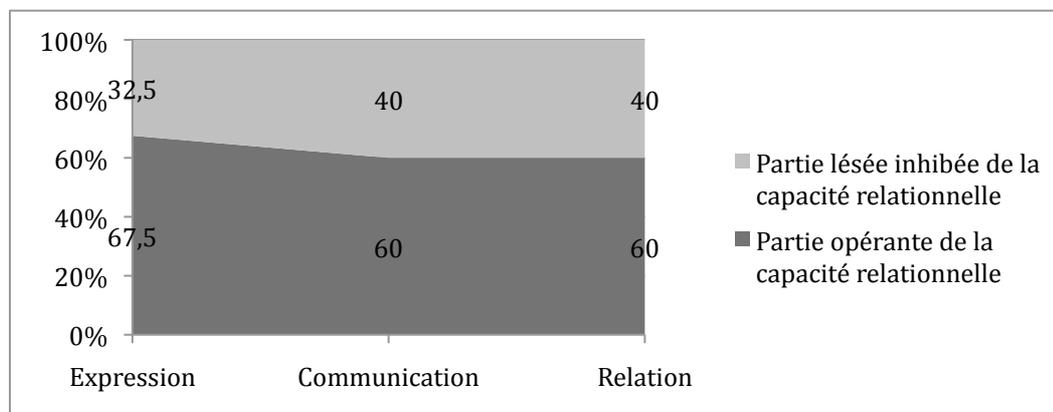
Un bilan du suivi de Jaïsse pu être communiqué en même temps que celui de Fluorine à une partie des membres de l'équipe médicale de l'établissement. **Les deux états de bases de Jaïsse avant et après l'accompagnement** art-thérapeutique furent décrits. Au cours du suivi, la patiente a pu **ressentir du plaisir et l'exprimer**, elle a pu commencer à **renforcer sa confiance** en elle et s'est montrée **sensible à l'assurance de ses capacités exprimer par autrui**. Ainsi, son **état d'anxiété et de dépression n'a pas semblé définitif et incurable au cours de la pratique** et au regard des **progrès du phénomène artistique et de l'estime de soi** de Jaïsse.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation du phénomène artistique de Jaïsse après son accompagnement :



Les mécanismes visibles impliqués dans l'activité artistique de Jaïsse étaient opérationnels à 62,2 % après son cheminement thérapeutique.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation de la capacité relationnelle de Jaïsse après son cheminement :

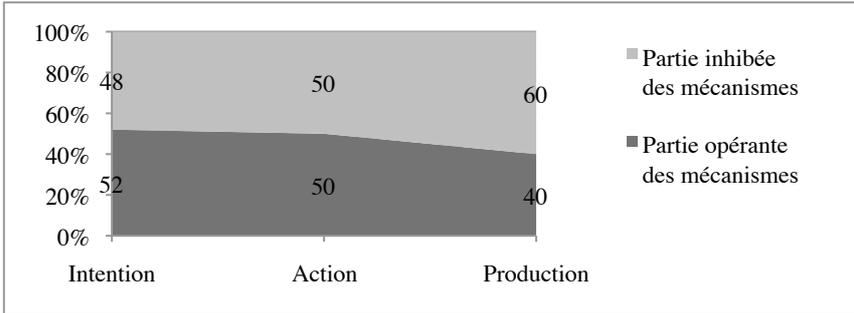


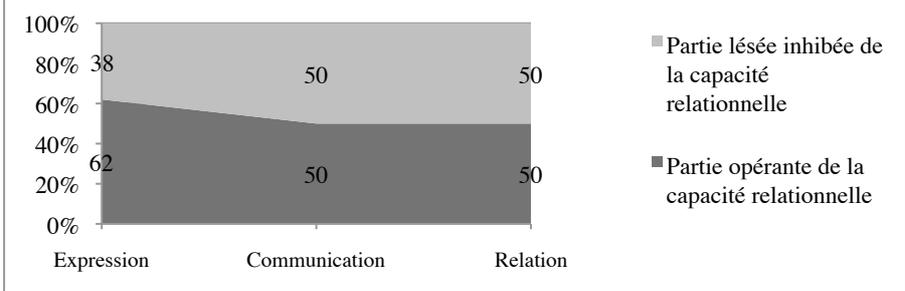
La capacité relationnelle de Jaïsse était opérationnelle à 62,5 % après son suivi.

IV. Le bilan des quatre accompagnements réalisés au cours des neuf semaines dans l'institution est nuancé et le travail effectué est critiquable.

A. L'accompagnement d'Edouard Omindarjean est résumé.

1. Un tableau récapitule le suivi d'Edouard Omindarjean.

INDICATION	(D'abord contre indiqué par la médecin coordonatrice qui estimait que le patient était trop instable pour des séances menées sans expérimentation.) - Revalorisation et diminution de l'anxiété												
ANAMNESE	- Ancien professeur de philosophie agrégé, Edouard a été diagnostiqué psychotique chronique après l'âge de 35 ans. - Arrivé dans la région depuis 4 ans, il vivait en Provence avec ses parents. - Institutionnalisé en septembre 2013 après les décès successifs de ses deux parents chez qui il habitait. - En conflit important avec son frère à cause de l'héritage parental. - Edouard a 68 ans, il porte de l'intérêt à l'Art.												
ETAT INITIAL	<p><u>Pénalités :</u> Blessure de vie : deuils des parents, dispute avec son frère, manque relationnel Maladie : psychose hallucinatoire chronique, anxiété chronique, hypocondrie (traitement médicamenteux : trois psychotrope anxiolytique, hypnotique et antipsychotique. effets iatrogènes : étourdissement, insomnie, somnolence, tremblement, désintérêt, confusion, sédation, mémoire, concentration, tremblements, agitation, nervosité, dyskinésie, dépendance.)</p> <p><u>Opération artistique :</u> Ressenti : inhibé (par le traitement et la maladie) ou déplaisant Représenté : déréel, très altéré par la maladie Poussée corporelle : aléatoire et faible Action : anxio-gène, ralentissement moteur élevé Production : plutôt dans l'Art1, difficulté accrue Art2 Communication : appréhension à aller vers les autres, paranoïa (hallucination auditives des intentions d'autrui à son sujet) Relation : très peu de contact relationnel, échec qui le fait souffrir</p> <p><u>Phénomène artistique:</u> Les impressions d'Edouard sont fortement influencées par sa maladie psychique. Son représenté interprète les informations reçues de façon déréelle ce qui est anxio-gène pour lui. Ses intentions restent plutôt intériorisées et réfléchies sans être mises en action. Il a des intentions artistiques (écriture, peinture) qu'il effectue en actes, sans savoir-faire véritable. Ses productions sont intellectuelles et intellectualisées à outrance, destinées à « l'humanité » mais jamais montrées.</p> <p>Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation du phénomène artistique d'Edouard avant son suivi:</p>  <table border="1" data-bbox="555 1400 1409 1713"> <thead> <tr> <th>Étape</th> <th>Partie opérante des mécanismes (%)</th> <th>Partie inhibée des mécanismes (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intention</td> <td>52</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>Action</td> <td>50</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>Production</td> <td>40</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les mécanismes visibles impliqués dans l'activité artistique d'Edouard étaient opérationnels à 47,3 % avant son cheminement thérapeutique</p> <p><u>Capacité relationnelle :</u> Edouard nourrit l'intention d'avoir des amis et des relations. Il se considère déçu des comportements des gens à son encontre au cours de sa vie. Sa maladie aujourd'hui stabilisée, le contraint encore régulièrement à un repli sur soi (auto-exclusion) et une difficulté de communiquer. Sa peur des maladies, des microbes, de gêner entraîne un appauvrissement de ses rapport sociaux. S'il est capable de communiqué, il a de grosses difficultés à être en coalescence avec autrui.</p>	Étape	Partie opérante des mécanismes (%)	Partie inhibée des mécanismes (%)	Intention	52	48	Action	50	50	Production	40	60
Étape	Partie opérante des mécanismes (%)	Partie inhibée des mécanismes (%)											
Intention	52	48											
Action	50	50											
Production	40	60											

	<p>Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation de la capacité relationnelle d'Edouard avant son suivi :</p>  <p>La capacité relationnelle d'Edouard était opérationnelle à 54, 2 % avant son suivi.</p> <p>Estime de soi : Amour de soi : difficulté à ressentir du plaisir à cause de la maladie, émotions et sentiments inhibés, difficulté à s'engager Confiance en soi : lésée par l'anxiété et par l'intellectualisation à outrance, difficulté à s'impliquer Affirmation de soi : lésée par peur du traitement mondain, auto-exclusion</p>																						
OBJECTIF	Renforcer la capacité d'agir d'Edouard (restauration de sensation tactile, minimiser l'impact du représenté)																						
STRATEGIE THERAPEUTIQUE	<p>Méthode : Exercice dirigé d'une heure en séances individuelles deux fois par semaine, à l'atelier d'art-thérapie situé dans la salle commune d'animation pour les résidents.</p> <p>Moyens : Dominante céramique, pour le plaisir sensoriel et la curiosité exprimée par le patient quand à l'argile.</p> <p>Technique : tournage céramique (la contrainte technique est très élevée et nécessite une structuration corporelle importante qui focalisera l'attention d'Edouard sur le réel plutôt sur ses idées, ART2 essentiellement par l'apprentissage d'un savoir-faire)</p>																						
ITEMS THEORIQUES	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="472 949 979 1010">Expression verbale, attitudes, posturale, faciale</td> <td data-bbox="979 949 1490 1010"> <ul style="list-style-type: none"> - Diversité des mimiques faciales - Diversité des sujets évoqués </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1010 979 1070">Communication lésée ou effective</td> <td data-bbox="979 1010 1490 1070"> <ul style="list-style-type: none"> - Ne répond pas aux sollicitations verbales - Logorrhées verbales </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1070 979 1131">Relation lésée ou effective</td> <td data-bbox="979 1070 1490 1131"> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt direct verbal porté à autrui - Interprète les comportements d'autrui </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1131 979 1169">Impression désavantagée</td> <td data-bbox="979 1131 1490 1169"> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalise être fatigué, être douloureux </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1169 979 1229">Intension</td> <td data-bbox="979 1169 1490 1229"> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalise vouloir aboutir à un résultat - Souhaite pratiquer plus longtemps </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1229 979 1290">Elan corporel effectif</td> <td data-bbox="979 1229 1490 1290"> <ul style="list-style-type: none"> - Quantité de retard (5 / 10 / 15 / 20 min) - Diversifie les gestes technique </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1290 979 1391">Quantité et qualité des actions</td> <td data-bbox="979 1290 1490 1391"> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des gestes techniques au cours de la pratique (collage, centrage, montée en quille, abaissment, perçage, etc...) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1391 979 1451">Production</td> <td data-bbox="979 1391 1490 1451"> <ul style="list-style-type: none"> - Etat d'avancement de la production finale - Etapes réalisées au cours de la pratique </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1451 979 1512">Amour de soi</td> <td data-bbox="979 1451 1490 1512"> <ul style="list-style-type: none"> - Exprime du contentement après la séance - Quantité de rires pendant la séance </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1512 979 1572">Confiance en soi</td> <td data-bbox="979 1512 1490 1572"> <ul style="list-style-type: none"> - Met la blouse sans sollicitation - Dit avoir peur de gêner </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1572 979 1637">Affirmation de soi</td> <td data-bbox="979 1572 1490 1637"> <ul style="list-style-type: none"> - Souhaite conserver sa réalisation à l'issue de la séance </td> </tr> </table>	Expression verbale, attitudes, posturale, faciale	<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des mimiques faciales - Diversité des sujets évoqués 	Communication lésée ou effective	<ul style="list-style-type: none"> - Ne répond pas aux sollicitations verbales - Logorrhées verbales 	Relation lésée ou effective	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt direct verbal porté à autrui - Interprète les comportements d'autrui 	Impression désavantagée	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalise être fatigué, être douloureux 	Intension	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalise vouloir aboutir à un résultat - Souhaite pratiquer plus longtemps 	Elan corporel effectif	<ul style="list-style-type: none"> - Quantité de retard (5 / 10 / 15 / 20 min) - Diversifie les gestes technique 	Quantité et qualité des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des gestes techniques au cours de la pratique (collage, centrage, montée en quille, abaissment, perçage, etc...) 	Production	<ul style="list-style-type: none"> - Etat d'avancement de la production finale - Etapes réalisées au cours de la pratique 	Amour de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Exprime du contentement après la séance - Quantité de rires pendant la séance 	Confiance en soi	<ul style="list-style-type: none"> - Met la blouse sans sollicitation - Dit avoir peur de gêner 	Affirmation de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaite conserver sa réalisation à l'issue de la séance
Expression verbale, attitudes, posturale, faciale	<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des mimiques faciales - Diversité des sujets évoqués 																						
Communication lésée ou effective	<ul style="list-style-type: none"> - Ne répond pas aux sollicitations verbales - Logorrhées verbales 																						
Relation lésée ou effective	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt direct verbal porté à autrui - Interprète les comportements d'autrui 																						
Impression désavantagée	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalise être fatigué, être douloureux 																						
Intension	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalise vouloir aboutir à un résultat - Souhaite pratiquer plus longtemps 																						
Elan corporel effectif	<ul style="list-style-type: none"> - Quantité de retard (5 / 10 / 15 / 20 min) - Diversifie les gestes technique 																						
Quantité et qualité des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des gestes techniques au cours de la pratique (collage, centrage, montée en quille, abaissment, perçage, etc...) 																						
Production	<ul style="list-style-type: none"> - Etat d'avancement de la production finale - Etapes réalisées au cours de la pratique 																						
Amour de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Exprime du contentement après la séance - Quantité de rires pendant la séance 																						
Confiance en soi	<ul style="list-style-type: none"> - Met la blouse sans sollicitation - Dit avoir peur de gêner 																						
Affirmation de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaite conserver sa réalisation à l'issue de la séance 																						

RESUME DES SEANCES	<p>Edouard pu bénéficier de 9 séances d'art-thérapie, dont 3 furent préliminaires.</p> <p>- Il avait été intrigué par la présence du tour de potier pour lequel il avait une certaine appétence et souhaitait découvrir la pratique du tournage. Il souhaita donc bénéficier d'un suivi art-thérapeutique, après avoir assisté en partie à une séance avec Jaïsse.</p> <p>- A sa PREMIERE SEANCE, il se présenta à l'heure, dans un état physique désagréable car très diminué (migraine, fatigue) et aucune blouse de travail n'était à sa taille (1m93 pour 120Kg). Il resta dans la contemplation. Puis invita la stagiaire à son appartement pour montrer d'anciennes productions picturales dont il l'était l'auteur. Il démontra ainsi une certaine confiance en lui-même et affirmation de ses productions.</p> <p>- La SECONDE SEANCE fut la première de pratique et commença à l'heure. L'état physique d'Edouard était assez bon mais sa mise en action était lente. Il exprima verbalement beaucoup apprécier « faire » et voulut rester plus longtemps. Ses gestes étaient soit au mieux retenus (emploi de très peu de force), soit hasardeux (tentative), soit irréfléchis (agit sans aucune direction), soit accidentels. Ses deux mains tremblantes en continues ne l'étaient plus en pratiquant.</p> <p>- La TROISIEME SEANCE commença à l'heure. Edouard était en forme. La technicité requise était légèrement plus élevée qu'à la séance précédente, il le remarqua et persévéra. Les sensations tactiles semblaient inhibées et il avait des difficultés de coordination importantes. Suite à cette séance, l'aide soignante qui avait visité Edouard au matin dit qu'il s'était levé tôt et « <i>pimant</i> » contrairement à son habitude, et l'expliqua en ces terme : « <i>j'ai poterie à 9h30</i> ».</p> <p>- Au cours des SEANCES QUATRE ET CINQ, Edouard continua à progresser techniquement. Il arriva en retard néanmoins.</p> <p>- Le patient ne se présenta pas à la SIXIEME SEANCE. Sollicité à ce sujet, il dit ne pas avoir oublié la séance mais ne pas avoir été en état physique de venir.</p> <p>- Il ne se présenta pas à la SEPTIEME SEANCE non plus et n'était pas chez lui. Il semblait qu'Edouard était en train de se désengager. Il n'exprimait pas son intention de stopper le suivi, au contraire il semblait y tenir mais s'impliquait très peu à la mettre en acte. Il s'avéra nécessaire de mettre en place un niveau d'organisation (cite d'action : désengagement du patient, cible thérapeutique : arrive en retard ou ne vient pas aux séances). Aussi, dix minutes avant chaque séances suivantes Edouard fut invité à venir l'atelier où il serait attendu (Edouard traversait une période de crise psychotique, son anxiété était très élevée et inhibait ses élans et sa capacité d'agir).</p> <p>- La stratégie fonctionna. Edouard sembla rassuré par la pré-visite en amont de la HUITIEME SEANCE. Il se présenta avec un retard de dix minutes tout de même. Néanmoins, il tâcha son pantalon au bout de vingt minutes de pratique et préféra arrêter.</p> <p>- Au cours des TROIS DERNIERES SEANCES, Edouard réussit toutes les étapes du tournage et bénéficia d'une production à la fin des séances 9 et 11 même si celles-ci ne pouvait être conservées, il détruisit accidentellement sa production presque finalisée vers la fin du temps de la dixième séance. Il monta directement à l'atelier lors des pré-visites aux séances 9 et 10, et vint avec 10 minutes de retard (sans pré-visite) à la dernière séance. A la fin du temps de pratique des trois dernières séances, Edouard souhaita aider à ranger le matériel spontanément.</p>																		
AUTO-EVALUATION	<table border="1"> <tr> <td colspan="3" data-bbox="470 1433 1485 1467">EDOUARD AUTO-EVALUA LES TROIS DERNIERES SEANCES :</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1467 810 1500">Bon : 4 / 5</td> <td data-bbox="810 1467 1150 1500">Bon : 5 / 5</td> <td data-bbox="1150 1467 1485 1500">Bon : 5 / 5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1500 810 1534">Bien : 4 / 5</td> <td data-bbox="810 1500 1150 1534">Bien : 3 / 5</td> <td data-bbox="1150 1500 1485 1534">Bien : 4 / 5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1534 810 1568">Beau : 3 / 5</td> <td data-bbox="810 1534 1150 1568">Beau : 4 / 5</td> <td data-bbox="1150 1534 1485 1568">Beau : 4 / 5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1568 810 1601">Qualité Moment : 3 / 5</td> <td data-bbox="810 1568 1150 1601">Q.M. : 4 / 5</td> <td data-bbox="1150 1568 1485 1601">Q.M. : 5 / 5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1601 810 1624">Indice différentiel : 0,66</td> <td data-bbox="810 1601 1150 1624">I.D. : 0</td> <td data-bbox="1150 1601 1485 1624">I.D. : 0,77</td> </tr> </table>	EDOUARD AUTO-EVALUA LES TROIS DERNIERES SEANCES :			Bon : 4 / 5	Bon : 5 / 5	Bon : 5 / 5	Bien : 4 / 5	Bien : 3 / 5	Bien : 4 / 5	Beau : 3 / 5	Beau : 4 / 5	Beau : 4 / 5	Qualité Moment : 3 / 5	Q.M. : 4 / 5	Q.M. : 5 / 5	Indice différentiel : 0,66	I.D. : 0	I.D. : 0,77
EDOUARD AUTO-EVALUA LES TROIS DERNIERES SEANCES :																			
Bon : 4 / 5	Bon : 5 / 5	Bon : 5 / 5																	
Bien : 4 / 5	Bien : 3 / 5	Bien : 4 / 5																	
Beau : 3 / 5	Beau : 4 / 5	Beau : 4 / 5																	
Qualité Moment : 3 / 5	Q.M. : 4 / 5	Q.M. : 5 / 5																	
Indice différentiel : 0,66	I.D. : 0	I.D. : 0,77																	

BILAN ET LIMITES DE L'ACCOMPAGNEMENT

La technique d'Edouard a progressée continuellement du début à la fin du suivi, malgré les aléas de ses états physique et psychique. Il apprécia la pratique et fit l'expérience de moments agréables. Il pu constater ses capacités en terme de productivité en acquérant un savoir-faire et sa capacité de relation avec l'art-thérapeute au cours et en dehors des séances.

Il sembla que la pratique du tournage lui convint parfaitement. Au cours de la pratique les sujets abordés par Edouard concernaient principalement le tournage, l'art, l'argile, le geste, la sensation et l'art-thérapie. Néanmoins, il s'agissait plus de réflexions que de propos concernant son expérience.

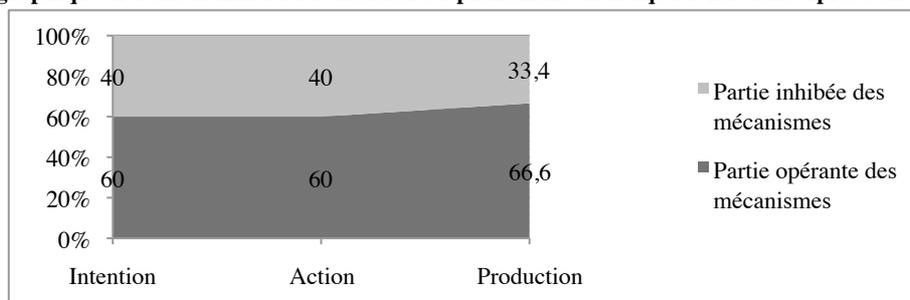
L'objectif général fixé était atteint, néanmoins il restait impossible de constater s'il était effectif en dehors des séances et si il serait durable. Cela semble peu probable au regard de la pathologie d'Edouard. Mais la stratégie étant thérapeutique, des séances supplémentaires seraient bénéfiques, d'autant plus qu'il démontra une appétence constante pour le médium au cours du suivi et une facilité innée au tournage malgré ses difficultés d'élan moteur et de coordination.

La confiance en lui-même d'Edouard progressa sur l'ensemble du suivi, même s'il effectua un fort repli au troisième quart temps du suivi. Il développa également un sentiment de sécurité après l'adoption du niveau d'organisation.

Il est difficile de constater une amélioration de l'amour de soi du patient. Néanmoins il exprima au cours de six séances sur huit ressentir un bien être grâce à la pratique.

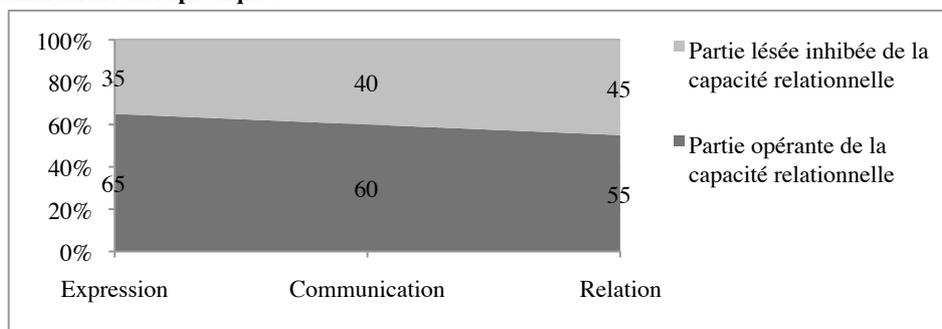
Au constat de ses productions, il pu faire l'expérience répétée de sa réalité tangible et palpable, ce qui sembla contribuer au renforcement de son affirmation de lui-même.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation du phénomène artistique d'Edouard après son suivi:



Les mécanismes visibles impliqués dans l'activité artistique d'Edouard étaient opérationnels à 62, 2 % après son cheminement thérapeutique.

Le graphique ci-dessous illustre l'évaluation de la capacité relationnelle d'Edouard après son cheminement thérapeutique :



La capacité relationnelle d'Edouard est opérationnelle à 60 % après son suivi.

B. Les résultats des trois suivis sont comparés afin de répondre à l'hypothèse avancée.

1. Les composantes de l'autonomie sont rappelées.

Lorsqu'un individu n'a pas besoin d'aide pour contenter ses besoins, il ne dépend de personne et est indépendant. Lorsqu'il fait ses propres choix et décide librement de sa conduite, il est autonome. La dépendance des personnes âgées institutionnalisées est mesurée grâce à la grille Aggir. Les modalités de l'autonomie du sujet âgés sont les mêmes que pour tous les êtres humains.

L'autonomie des patients réside donc en des choix personnels exprimés librement par des conduites. Ceci nécessite un phénomène artistique opérationnel à toutes ses étapes et une capacité relationnelle effective. En effet, la conduite est un comportement destiné à répondre de

sa propre initiative à ses intentions personnelles dans la société, ce qui engage d'être en mesure de s'exprimer et de communiquer. En outre, la relation donne du sens à l'existence. Cette saveur plaisante pour l'être humain est indispensable afin de projeter des envies, des désirs, des intentions.

Pour mesurer l'évolution de l'autonomie des patients, l'observation des évolutions du phénomène artistique et de la capacité relationnelle de chacun d'entre eux est nécessaire. L'intention, l'action et la production des trois résidents au cours des séances vont donc être évaluées ; ainsi que l'expression, la communication et la relation.

Pour chaque patient, les évaluations qui suivent (lorsqu'elles ont été réalisées avant le suivi) sont théoriques. L'expression et la communication ont été mesurées en termes de qualité et de quantité. La relation a été évaluée à la connaissance des liens hors verbaux de l'ordre du ressenti établis par les patients puis avec moi-même. L'intention a été mesurée au regard de l'expression verbale et hors verbale des ressentis, de l'état des fonctions cognitives, du goût, du représenté et des choix opérants des patients. L'action a été évaluée au regard de la poussée corporelle, du savoir faire technique et de l'expression des patients. La production a été mesurée en fonction de la cohérence et de l'existence de la forme pour illustrer le fond.

2. L'évolution de l'autonomie des patients est mesurée.

L'ETAT DE L'AUTONOMIE EST COMPARE AVANT ET APRES LEUR CHEMINEMENT ART-THERAPEUTIQUE			
PERSONNE ACCOMPAGNEE	POURCENTAGE OPERATIONNEL DE L'AUTONOMIE		VALEUR DIFFERENTIELLE
	AVANT LE SUIVI	APRES LE SUIVI	
Edouard Omindarjean	50,75	61,1	+10,35 %
Jaiisse	51,9	62,35	+ 10,45 %
Fluorine	47,9	68,3	+ 20,4 %

3. Le bilan de l'évaluation de l'autonomie des patients permet de répondre à l'hypothèse.

La valeur médiane des pourcentages différentiels entre le constat de l'autonomie opérante des patients avant et après leur suivi est +10,45 %. Cette mesure permet de constater que la capacité d'autonomie des patients après le cheminement thérapeutique a augmentée systématiquement. Mais cette augmentation était effective durant les séances. Il n'a pas été observé l'état de l'autonomie des patients en dehors du cadre art-thérapeutique. Aussi, pour constater d'une évolution pertinente de la capacité d'autonomie des patients, il faudrait croiser ces observations avec celle d'autres soignants et thérapeutes.

TROISIEME PARTIE : UNE DISCUSSION DE L'EXPERIENCE DU STAGE REALISE, DE L'ART-THERAPIE APPLIQUEE EN EHPAD ET DE LA NOTION D'IDEAL ESTHETIQUE

I. Une discussion du stage au sein de l'institution permet d'approfondir l'expérience réalisée.

A. L'EHPAD est actuellement un milieu de vie et de travail en pleine transformation au sein duquel l'art-thérapie peut apporter des bénéfices.

1. La qualité de vie habituellement bonne des résidents est déficitaire actuellement.

- a. Les résidents traversent la conjoncture dans l'inconfort.

Des items récurrents ont pu être observés à chaque jour de présence dans l'institution. Au moment du stage, un cinquième des résidents rencontrés étaient émetteurs de plaintes au constat d'une perte de proximité avec les membres administratifs, une perte de convivialité des rapports entre les résidents eux-mêmes ou avec les membres du personnel. Les plaintes concernaient également le manque d'informations au sujet des conditions de vie à venir dues à la réhabilitation de leur habitat. Un sentiment d'abandon était exprimé et des propos hostiles envers les membres administratifs et parfois médicaux étaient prononcés.

Un matin, une résidente était endormie assise sur une chaise, la tête contre la fenêtre par laquelle elle devait regarder avant de s'assoupir. La réveillant doucement pour qu'elle regagne un endroit plus confortable, dit avec un ton doux et une attitude d'une grande tristesse : « *C'est moche ce qui se passe ici. Je ne souhaite à personne de vieillir.* ».

Cette résidence n'est pas un endroit de vie désagréable, au contraire. Néanmoins au regard des observations effectuées, la conjoncture de l'établissement semble générer un mal-être d'un nombre non négligeable de résidents. Les personnes âgées sont plus que quiconque lésées par une situation de relocalisation ou de transformation de leur environnement. Pareille situation a de très fortes probabilités d'être anxiogène et déprimante pour les sujets âgés, et d'aboutir à des conséquences pénalisantes si cet état n'est pas constaté et pris en charge.

- b. L'art-thérapie soutient la prise en charge sanitaire en institution pour la détection et la communication des fragilités des résidents, ainsi que pour leur accompagnement.

Un plan de soin nécessite d'envisager la personne accompagnée dans sa globalité. Il requiert la concertation interdisciplinaire et une analyse fine de la situation et du cadre de vie des résidents. Cette vue doit tenir compte des dimensions multiples des individus, aussi bien physiologique, motrice, psychique, cognitive, sociale, relationnelle, culturelle et spirituelle.

Dans le cadre institutionnel, chaque professionnel privilégie les dimensions des personnes accompagnées que sa discipline technique permet de satisfaire. Il y a selon les besoins de la personne institutionnalisée des professionnels spécifiques pour y répondre. Hors, l'observation scientifique employée par **l'art-thérapie permet une vue d'ensemble** des composantes de l'être humain. **La pratique art-thérapeutique se réalise par la dynamique de toutes les capacités de la personne**, elle permet la révélation de dysfonctionnements lorsque l'homéostasie de cette dynamique n'est pas opérationnelle.

2. L'équipe administrative gère les événements en cours.

- a. La somme de travail due à la conjoncture absorbe la direction, la cadre de santé et la psychologue de l'établissement.

La conjoncture de l'EHPAD d'aujourd'hui au moment du stage accaparait les membres du personnel. Dans ce contexte, la priorité du corps administratif et cadrant était la gestion du planning et de la logistique de la réhabilitation des sites, à la fois concernant la gestion des placements résidentiels, les délais impératifs et la finalisation des structures d'accueil. Entre ces membres qui géraient et organisaient la restructuration de l'EHPAD et le reste du personnel, la

communication semblait perdre en efficacité et une distance s'était effectuée. La réalité de la condition de vie des résidents semblait peu évidente à percevoir pour ceux qui tentaient pourtant de façonner une résidence plus adaptée au public accueilli. Le contentement des besoins existentiels accrus des résidents était en partie laissé à leur propre chef, ou à celui de l'équipe de soin dépourvue de directives à ce sujet.

- b. Les séances d'art-thérapie peuvent permettre un soutien du suivi sanitaire au plus près des résidents et apporter une constance identitaire aux personnes âgées.

L'observation de l'expression de l'état des personnes est l'essence de la discipline art-thérapeutique. **L'objectivité et la personnalisation du suivi en art-thérapie** peuvent garantir une source d'informations pertinentes dans le cadre du soin, qui **s'adapte à la dynamique des états du sujet accompagnés**. Le but de ce suivi consiste à amener le sujet au renfort autonome de sa dignité, de sa confiance, de la connaissance de sa valeur et à assumer la vulnérabilité de son humanité sensitive, émotive, sensible en sécurité. **Le suivi d'art-thérapie permet de repérer les états fragilisés des personnes accompagnées, les troubles** qui opèrent spontanément ou avec chronicité et leur évolution.

Le sujet accompagné peut trouver un point de rencontre régulier avec lui-même au moment des séances d'art-thérapie. **L'expression des intentions, d'actes et de la productivité faite de manière subjective permet le constat de l'identité et de l'existence** personnelle dont peut bénéficier le sujet âgé dépendant, qui doit compter quotidiennement sur d'autres pour répondre à ses besoins.

3. Dans cette conjoncture, le personnel de soin gère les changements qui opèrent sur le terrain et assimile les difficultés d'adaptation des résidents.

- a. Le personnel lui-même concerné par la transition de l'institution constate l'inconfort préoccupant des résidents.

Les soignants de l'équipe médicale de l'EHPAD partagent l'intimité physique et psychique des résidents de par leur fonction. En côtoyant leurs patients principalement dans le but d'apporter un soulagement à leurs douleurs, leurs lésions, leurs souffrances, ils sont au plus près du constat de leur difficulté. C'est pourquoi le trouble ambiant émanant des résidents quand à la conjoncture était évident pour les membres soignants de la résidence "Les Glycines". L'endurance quotidienne du malaise croissant des patients n'était pas sans effet sur le ressenti de ces professionnels et un sentiment mêlé d'impuissance, de colère et de tristesse a semblé se développer en eux. Si ce ressenti n'a actuellement pas de place nécessaire dans la pratique de la médecine conventionnelle en institution, il apporte pourtant la garantie de l'implication et de l'engagement des praticiens de santé dans le service qu'ils choisissent de rendre à la communauté. C'est pourquoi, l'aménagement d'une communication régulière et cadrée des contenus affectifs et idéologiques des membres des équipes professionnelles trouverait sa place légitime au sein des institutions étant censées prendre en charge ces mêmes composantes des individus qui y résident.

- b. L'art-thérapeute peut apporter un point de vue extérieur des événements à l'équipe de soin et une tempérance des préoccupations des résidents par la pratique artistique régulière.

L'art-thérapeute en tant que membre intégré à l'équipe de soin de l'institution, semble pouvoir appliquer une ligne de conduite objective et professionnelle concernant un trouble des membres du personnel lorsqu'il advient.

L'art-thérapeute est présent pour le bien être des patients, mais celui-ci passe en grande partie par le bon fonctionnement de l'entité institutionnelle. Aussi **peut-il s'appliquer à mettre sa profession au service du bien être des professionnels de l'institution**, si cela fait partie des directives que le cadre lui donne. Il peut **communiquer des constats observés des intentions et des ressentis de chacun et de leur expression**. La venue extérieure de cette observation peut enclencher un processus de communication entre les praticiens. De plus, cette comptabilité des

états personnels et généraux prend en compte également les observations recueillies auprès des résidents. **L'art-thérapeute peut alors être une voie de communication entre les professionnels et les résidents** de façon individualisée, collectivisée et personnalisée.

II. Il semble que l'art-thérapie soit adaptée au projet de reconversion des EHPAD que souhaite entreprendre le gouvernement en 2015, par l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

A. Le gouvernement envisage des démarches selon les trois axes que sont l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement des personnes âgées.¹

1. Anticiper permettrait de repérer et combattre les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie.

a. Des démarches sont envisagées pour minimiser les inégalités sociales et sanitaires qu'engendre le vieillissement.

Le vieillissement est un sujet d'actualité qui ne va que gagner en importance dans les débats à venir. L'arrivée des Baby Boomers à l'âge de la retraite a déjà commencé à faire augmenter le poids économique que le vieillissement représente pour la société. 97% de la population française trouve les maisons de retraite trop onéreuses. La prise en charge adaptée à l'état sanitaire des sujets n'est généralement pas dans leur moyen. La dépendance des personnes âgées est aussi une question d'ordre financière. Le gouvernement projette le développement économique d'aides nouvelles ou déjà existantes afin de remédier à cette problématique.

Les inégalités sociales et sanitaires sont accentuées et aggravées au moment de l'avancée en âge. La loi d'adaptation de la société au vieillissement envisage de promouvoir l'activité sportive et l'amélioration de la nutrition des âgés. La nutrition influence fortement l'état sanitaire, tout comme le sport qui peut permettre - lorsqu'il est adapté - le maintien d'une santé physique et mentale, entre autre grâce aux rapports sociaux qu'il peut générer. Cette loi projette également des aménagements visant à palier l'isolement² des sujets âgés. Notre modèle de société ne favorise plus les échanges et les rapports intergénérationnels dans les familles et dans les environnements publics. Le gouvernement programme de aussi l'aménagement d'activité dans le but de préserver et maintenir la capacité mnésique des personnes âgées, qui représente la première plainte qu'elles expriment le plus souvent. La loi avisera également des d'actions de lutte contre le suicide sur l'ensemble du territoire auprès de ces sujets.

b. Une éducation pour la santé sera mise en place auprès des personnes âgées.

L'OMS³ déclare que « *L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés* ».

La communication d'informations sanitaires et de moyens possibles pour promouvoir la santé permet de conditionner une aptitude personnelle de prise en charge autonome et responsable. Dans cette optique, le projet politique ici cité envisage d'organiser la communication de règles de bon usage du médicament auprès des personnes âgées. Ceci entrant dans le cadre d'un plan de lutte contre la sur médication de ce public.

La polymédication des personnes âgées est habituelle, c'est un enjeu public au coût élevé pour la société. Elle augmente le risque iatrogénique des substances et diminue l'observance des

¹ Les informations contenues dans les sous parties qui suivent sont issues de : Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, *Adaptation de la société au vieillissement – projet de loi*, en ligne (consulté le 13/01/15). Disponible sur le World Wild Web : « <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/adaptation-de-la-societe-au,2971/> »

² Voir première partie, I.C.2.b

³ Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé Service Éducation sanitaire et promotion de la santé, *Glossaire sur la promotion de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, 1999. Consulté le (13/01/15), disponible sur le World Wild Web : « http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf »

traitements. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs chez les sujets âgés. Il est remarquable de souligner que selon la Haute Autorité de Santé française, « *la thérapeutique gériatrique n'est pas une priorité de la formation médicale initiale et continue. Les sujets polyopathologiques et polymédicamentés sont le plus souvent exclus des essais cliniques. Ceci ne permet pas aux médecins de prescrire de façon optimale.* »¹.

Toujours selon la Haute Autorité de Santé², en 2002 85,6% des consommateurs journaliers accueillis en pharmacie étaient des personnes âgées de plus de 65 ans. Les personnes de 65 ans et plus consommaient en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élevant à 4,4 médicaments pour les individus âgés de 80 ans et plus. A l'heure actuelle, les résidents d'établissement pour personnes âgées consomment environ 6,5 médicaments par jours.

c. La proximité d'aides techniques et préventives sera développée.

Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé des personnes âgées nécessite l'apport et la disponibilité d'aides techniques. Les acteurs privés mais aussi les collectivités locales et départementales seront plus avertis sur le vieillissement et pourront bénéficier de directives adaptées. La prévention individuelle et collective sera dynamisée afin de repérer les premiers facteurs du risque de perte d'indépendance et d'autonomie. Ainsi, une aide publique défini pourra permettre aux acteurs de la santé d'organiser une accession plus égale des personnes âgées aux technologies nouvelles comme la domotique et le numérique.

Par exemple, grâce à des boîtiers (sous forme de bracelet ou de médaillon) vocaux branchés sur une ligne téléphonique, la télé-assistance permet aux sujets âgés en difficulté de communiquer directement avec une hôtesse pouvant alerter les secours et les proches. Ce système de secours se démocratise au domicile des personnes âgées dont la dépendance décroît. Il est présent dans les institutions et permet au personnel médical d'être alerté le plus instantanément possible d'une urgence concernant un résident.

2. Adapter les politiques publiques au vieillissement est un enjeu primordial.

a. La prévention dans les EHPAD sera optimisée.

La loi évoque l'importance du repositionnement des logements foyers (renommés « *résidences autonomie* ») en tant qu'**acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie**. Ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes seront à l'avenir désignés comme des logements dits intermédiaires. Ils accueilleront des personnes dont le domicile n'est plus correctement adaptés et qui ne bénéficient pas d'aides suffisantes pour maintenir leur sécurité et leur santé, sans toutefois nécessiter une prise en charge médicalisée soutenue.

En outre le plan d'aide à l'investissement aux résidences autonomie qui en ont le plus besoin - déjà existant depuis 2014 - sera financièrement augmenté et élargit sur un ensemble plus grand d'établissements. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en lien avec la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) apporteront une aide financière aux travaux souvent coûteux de réhabilitation des EHPAD. Cette aide consistera en l'abaissement du montant de l'emprunt nécessaire aux travaux d'aménagement et permettra de minimiser l'impact sur le montant des redevances des résidents.

b. Un forfait financera spécialement les accompagnements non médicaux qui préservent l'autonomie des résidents.

L'apport d'un « forfait autonomie » de quarante millions d'euros annuel servira au financement d'actions de prévention ou d'animation. Ce forfait sera prioritairement destiné à des **dépenses non médicales préservant l'autonomie des résidents, à travers des actions collectives et individuelles relatives par exemple à la nutrition, la mémoire, l'exercice**

¹ Legrain Sylvie, *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé*, Haute Autorité de Santé, 2005, Saint-Denis La Plaine, p.1. En ligne (consulté le 14/01/15), disponible sur le World Wild Web : « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf »

² *ibid.* p.2

moteur, les liens sociaux. Aussi ce forfait permettra t-il le recours à des **professionnels formés à l'accompagnement de publics présentant des fragilités psychologiques et sociales.**

La mission de prévention des « *résidences autonomie* » est affirmée par la loi ici citée, qui fixe des prestations socles de **ces actions pré-établies par décret dans les prises en charges et concernant notamment la prévention.**

De nombreuses professions paramédicales vont pouvoir se développer plus concrètement, au même titre que la profession médicale, dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées.

c. L'adaptation des habitats privés est projetée.

Outre la transformation des logements publics de prise en charge en vue de leur meilleure adaptation, le domicile des personnes âgées nécessite également une attention particulière. Cette loi de 2015 prévoit un plan national d'adaptation de 80 000 logements privés d'ici 2017. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) offriront des aides élargies pouvant être couplées avec les aides à la rénovation énergétique via des procédures unifiées et abrégées.

Dépassé l'âge de la retraite, l'emprunt auprès des banques devient une démarche difficile qui nécessite en général l'hypothèque d'un bien à la valeur conséquente (par exemple une maison, un appartement, etc...). Aussi, le développement du microcrédit et d'un crédit d'impôt « *pour adaptation du logement* » permettront t-il aux âgés à faibles revenus de financer des travaux d'adaptation de leurs domicile. Car en effet aujourd'hui, 6% seulement des logements privés sont adaptés à la vie quotidienne des personnes en perte d'indépendance. 450 000 chutes ont lieu chaque année, dont 62% à domicile, entraînant 9 000 décès par an.

3. La prise en charge des personnes en perte d'autonomie va être améliorée.

a. Les conditions de travail des aidants à domicile seront réévaluées.

60 % de la population française se dirait prête à accueillir les personnes âgées de leur famille à leur propre domicile. C'est dire l'importance du soutien à apporter pour la prise en charge hors institutions de nos aînés. Cette solution permet de préserver le rythme, la stabilité matérielle et spatiale, ainsi que les milieux social, culturel et spirituel auxquels ils sont habitués. Cela représente également la possibilité de prévenir la diminution de la qualité de vie des sujets âgés, dont la condition et le contexte existentiel sont préservés en plus grande proportion que lors d'un placement en institution.

Soutenir les particuliers aidants leurs proches aînés à domicile nécessite une aide à la conciliation de la vie professionnelle et du rôle d'aidant. La loi ici exposée entend développer à la fois des soutiens professionnels consistant en des relèves temporaires des proches aidants, mais aussi des crédits financiers à leur bénéfice. Des formations courtes pour les informer et les guider seront mises en place, et permettra en amont une reconnaissance politique, sanitaire et sociale de leur implication.

Le lancement d'un « *Plan des métiers de l'autonomie* » pour rendre ce secteur plus attractif, offrira aux aidants la possibilité de se salarier. Beaucoup d'entre eux sont les enfants des personnes âgées en perte d'autonomie ou d'indépendance. L'amélioration des conditions de travail auprès de leur proche pourra leur permettre d'aboutir à un véritable parcours professionnel après leur retraite.

La loi envisage pour les personnes âgées dépendantes demeurant chez elles, d'être assurées de l'accessibilité financière des prestations de l'accompagnement à domicile. La revalorisation des plafonds des plans d'aide et un allègement de la participation financière des usagers dans leur prise en charge sanitaire les aideront à demeurer à leur domicile.

b. Le plan des métiers de l'autonomie développera l'importance et l'essor de ce secteur professionnel.

Faire de tous les **métiers de l'autonomie une filière d'avenir est un des enjeux essentiels de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.** Aussi bien chez les particuliers,

dans les institutions qu'au travers d'associations, le recours aux **professionnels formés à la prise en charge physique, psychologique et sociale de ce public va être accentué**. L'accès de tous les retraités à un dispositif de prévention individualisé sera organisé auprès des caisses d'assurances maladie qui auront signées une convention générée par d'après la loi. **Ce texte peut littéralement permettre de démocratiser et d'officialiser l'accompagnement des personnes âgées**, au regard d'une société dont la population devra prévenir des conséquences toujours plus diverses de son vieillissement accru.

B. L'art-thérapie est en cohérence avec ces trois axes.

1. L'art-thérapie peut repérer l'apparition des fragilités du sujet âgé.

- a. Le recensement des capacités physiques, mentales et sociales des patients grâce aux outils de l'art-thérapie complète la prise en charge médicale.

Le suivi art-thérapeutique débute par un **constat préliminaire des capacités des sujets suivis, puis en fait le recensement régulier** jusqu'à l'arrêt du cheminement thérapeutique du patient. Cette constitution d'un état initial et de son observation régulière permet d'élaborer un tableau dynamique des fragilités, de leurs composantes, de leur fonctionnement et de leurs conséquences concernant aussi bien les plans physiques, mentaux et relationnels.

La mise à jour régulière des informations concernant la globalité des capacités des patients sur ces trois plans et l'évaluation de leurs dynamique évolutive - et ce réalisée par un seul professionnel - **est une originalité dans le milieu du soin**. C'est une observation qui n'entraîne pas de diagnostic mais qui permet d'émettre **un constat sanitaire et existentiel plus holistique, constituant une base objective et pertinente à un diagnostic spécialisé** (réalisé par exemple par un psychologue pour le plan mental du patient). C'est aussi un point de vue nouveau et différent, qui permet à l'équipe soignante (dont fait partie intégrante l'art-thérapeute au titre de professionnel paramédical) d'envisager avec toujours plus d'éléments d'informations et d'objectivité pratique, le constat de **l'état individuel et personnalisé des personnes prises en charges**.

- b. L'art-thérapie peut être un outil préventif pratique par l'entretien des fonctions motrices et cognitives des personnes âgées dépendantes.

Les fonctions motrices et cognitives sont essentielles à tous les mécanismes de l'être humain dans son ensemble et à l'expression de ceux-ci. L'art-thérapie les quantifie et les qualifie au regard même de cette expression. Elle **travaille avec le corps** en y associant le mental et par conséquent réalise **un accompagnement pratique par l'usage des fonctions**.

Le suivi art-thérapeutique permet ainsi l'utilisation régulière des fonctions motrices et cognitives. Ceci à l'avantage de les **renforcer**, tout comme l'exercice physique régulier renforce la condition musculaire. Il permet de faire **l'expérience de capacités saines et favorise la bonne santé**. L'art-thérapie apporte donc **une saveur positive à l'état d'être des personnes et favorise également la qualité de leur vie**. Cette discipline a des **effets thérapeutiques d'ordre préventifs** sur la diminution des capacités physique et mentales.

- c. L'art-thérapie peut contribuer au maintien de l'autonomie.

L'Art est un domaine où la créativité excelle. Imaginer, construire et mettre en œuvre engage l'originalité et la subjectivité de l'être, sa capacité à réaliser quelque chose de nouveau. La richesse indéfinie de l'humanité réside ainsi en grande partie dans sa créativité.

Par ailleurs, sans capacité de se déterminer par soi-même, de choisir et d'agir librement, il n'existe pas de créativité, dont la base fonctionnelle semble alors être l'autonomie. Aussi, **l'emploi de la créativité peut renforcer la capacité d'autonomie des personnes**. L'utilisation guidée des pratiques artistiques peut consister à utiliser leur nature autonomisante à des fins thérapeutiques.

2. L'accompagnement art-thérapeutique pourrait être un moyen de palier la contrainte qu'exerce le fonctionnement institutionnel sur la qualité des liens relationnels et sur les rapports sociaux des résidents.

- a. L'art-thérapie permet l'expression de l'identité propre et la réalisation d'intentions personnelles au sein des institutions.

Le cadre institutionnel actuel ne dispose pas de méthodes de prise en charge permettant l'exploitation de la subjectivité des patients. C'est pourtant dans l'intérêt fondamental de ces sujets, lésés par des conséquences pénalisantes dues à certaines conditions de vie (vieillesse, déficience, handicap, ... etc.), de pouvoir **perpétuer l'épanouissement de leur personnalité par l'expression et l'assentiment de leurs goûts propres. L'art-thérapie en institution permet un espace d'expression des intentions.** Au sein de celui-ci, la personnalité s'expose et se développe individuellement, et aussi éventuellement dans la collectivité si cela s'avère stratégiquement thérapeutique. Les personnes bénéficiant de cet accompagnement peuvent **sortir de l'anonymat ou du moins éviter d'y entrer.** Elles peuvent développer leur qualité d'être existant et la concrétiser selon leurs intentions personnelles.

Le cadre institutionnel peut également avoir tendance à uniformiser l'identité des résidents. L'originalité et le style de chacun ne sont plus que subsidiaires dans le cadre d'un organisme constitué pour préserver avant tout les besoins élémentaires de ceux qui l'habitent. La qualité d'être unique se concrétise avec difficulté dans ce contexte. L'art-thérapie au sein encore des institutions, **favorise l'identité des résidents.** Elle permet l'identification aux productions et donc la reconnaissance des capacités effectives de ceux qui les réalisent. Elle est un support à l'expression et au développement du style des bénéficiaires.

- b. L'art-thérapie proposée par l'institution à ses résidents peut assurer une reconnaissance de leurs capacités et de leurs besoins.

L'expérience pratique du stage réalisé a démontré qu'il n'est pas toujours aisé pour le personnel institutionnel de reconnaître et de déterminer les besoins - autres que physiologiques de base (annexe 1) - des résidents. Il s'agit d'une problématique pouvant s'expliquer par le **pauvreté de la diversité des approches sanitaires** auprès des patients. **Ce manque devrait être palier progressivement par l'intégration de professions paramédicales dans les institutions.** Des professionnels comme les psychomotriciens ou les ergothérapeutes ont déjà investis le terrain institutionnel, et l'art-thérapie moderne s'y implante également.

Cette discipline (comme précédemment démontré) permet aux patients d'exprimer leurs intentions. Lesquelles évoquent directement ou indirectement, sous formes verbales, non verbales ou hors verbales des insatisfactions et des souhaits parfois ignorés des patients eux-mêmes. C'est donc **une approche qui peut donner aux résidents la possibilité d'exprimer et de reconnaître par eux-mêmes leurs besoins.**

L'art-thérapie fait partie intégrante de l'organisme institutionnel. La séance d'art-thérapie est **un espace et un temps possible de communication entre l'institution et les résidents.** Aussi, lorsqu'ils expriment leurs besoins aux cours des séances, il ne s'agit pas que d'une réalisation accueillie par l'art-thérapeute. C'est une reconnaissance institutionnelle qui devient complète lorsque l'art-thérapeute communique les bilans des séances aux équipes de soins et au cadre du secteur. **Les résidents bénéficiant de séances art-thérapeutiques en institution peuvent se sentir plus intégrés par l'organisme qui les accueille,** au regard de leurs besoins mais aussi de leurs capacités. Car si l'art-thérapie permet la reconnaissance des besoins des patients, il permet aussi la mise en évidence de leurs capacités diverses. **L'art-thérapie est une discipline humanitaire.**

III. Un intérêt porté à l'idéal esthétique considère les conséquences bénéfiques que peut avoir l'Art au travers d'une pratique art-thérapeutique.

L'Art est spécifique à l'être humain, c'est « *une activité volontaire et son produit orientés vers l'esthétique* »¹. L'esthétique est une harmonie « *d'empirisme, de psychologie et [...] [de sentiments]* »² qui se joue à l'endroit des quatre premiers mécanismes de l'opération artistique. Un élément stimulateur émet un rayonnement capté, celui-ci est traduit par une sensation ressentie de manière archaïque qui subit ensuite le traitement sophistiqué du mental. Le résultat de cette suite d'accords personnels révèle alors la subjectivité et le représenté des individus. Il prend la forme du goût.

« *L'activité des sens* »³ est la première étape archaïque du mécanisme générateur de l'esthétique d'un individu. Cette activité physiologique de captation consiste en l'élaboration d'une impression, laquelle constitue le fond d'un ressenti sensitif et émotionnel. Il s'agit là de l'étape numéro trois de l'opération artistique. Ainsi dès l'origine du processus de génération de l'esthétique, le « *subjectivisme* »⁴ détermine déjà le rapport au beau. En effet la perception du monde est limitée par la variance individuelle de la qualité somesthésique de chaque être humain. La sensibilité physique au monde et à ses objets - matériels ou non - est donc personnelle, donc subjective. L'« *esthétique signifie : ce dont le principe déterminant ne peut être que subjectif* »⁵ selon Kant.

Mais l'esthétique ne s'oppose ni à « *l'entendement* »⁶ ni à « *la connaissance rationnelle* »⁷ selon Baumgarten, car l'impression n'est qu'une graine capturée dans le for intérieur vulnérable de l'humain. L'ensemencement de celle-ci s'effectue dans le mental. Le traitement sophistiqué de l'information est l'étape numéro quatre de l'opération artistique. Il développe une représentation produite par les instruments cognitifs et dont la teneur affective s'apprécie en terme de sentiments. Ici se situe « *l'énonciation de notre jugement appréciatif* »⁸. L'esthétique poursuit là son élaboration encore incomplète, sous l'aspect d'un « *plaisir esthétique* »⁹, comme l'agréable sensation immatérielle d'être touché avec justesse par quelque chose de bon. La subjectivité opère toujours selon la qualité technique du musicien qui sophistique les notes reçues en accords originaux.

La dernière étape de l'esthétique est sa germination sous la forme du goût. Le goût réside en « *la science* »¹⁰ personnelle du beau.

A. L'idéal esthétique est un fondement de l'art-thérapie.

L'art-thérapie est une discipline artistique et humanitaire. L'exploitation de l'idéal esthétique y est capitale en raison des causes et des effets de sa conception. L'idéal esthétique est une idée du beau. Il s'agit d'une conception abstraite - générée par le mécanisme mental (étape numéro quatre de l'opération artistique) - « *qui échappe totalement à la représentation réelle du monde sensible* »¹¹. L'idéal esthétique n'est pas l'« *image* »¹² qu'on a d'un objet, représentante d'une chose réelle du monde sensible. Il est la conception de cette représentation d'un objet. C'est une idéalisation d'une chose du monde sensible.

¹ Forestier Richard, *le métier d'art-thérapeute*, Favre, Lausanne, 2014, p.52

² Lontrade Agnès, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris, p.56

³ ibid.

⁴ ibid.

⁵ Kant Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, trad. Philonenko A., Paris, Vrin, 1993, §1 p-p.63-64

⁶ Agnès Lontrade, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris, p.107

⁷ Baumgarten Alexander Gotlieb, *Esthétique*, trad. Pranchère J.Y., Paris, L'Herne, 1988, p.157

⁸ Agnès Lontrade, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris, p.56

⁹ ibid.

¹⁰ Baumgarten Alexander Gotlieb, *Esthétique*, trad. Pranchère J.Y., Paris, L'Herne, 1988, p.121

¹¹ Forestier Richard, *le métier d'art-thérapeute*, Favre, Lausanne, 2014, p.157

¹² ibid.

Ce processus nécessite des capacités opérationnelles d'impression, d'intention et d'expression de celle-ci par des actes et une production. L'art-thérapeute privilégiera l'intention esthétique du patient envers sa production, pour de se servir de l'Art à des fins thérapeutique. L'intention esthétique est la condition première d'une gratification positive des sens pour le bien être de celui qui pratique. Si le rapport de l'humain à l'Art est l'esthétique, lors de l'activité artistique le rapport du sujet à sa pratique est l'idéal esthétique.

1. L'esthétique n'a pas de limite.

Comme précédemment explicité, la détermination de l'esthétique est personnelle. C'est une notion subjective. Aussi semble t-il impossible d'en définir les limites. Pour chacun, elles sont le fruit de sa propre idée. Il apparaît difficile de connaître dans son entièreté - pour le sujet lui-même, qu'il soit féru d'esthétique ou non - toute l'ampleur potentielle du beau déterminable selon son goût. Ainsi, les limites de l'esthétique sont contraintes par l'échelle des sept milliards d'individus capables de subjectivité.

Puis vient une seconde problématique en ce qui déterminerait l'esthétique comme étant une valeur constante et finie. L'esthétique étant subjective, elle est par nature cousue d'affects et de représentations rationnelles. Si l'esthétique était constante - soi continue dans le temps - elle serait invariable de la naissance jusqu'à la mort. De plus, si elle était finie - soi formellement identifiable - elle se rapporterait à un seul objet par catégorie ; par exemple : ce livre, cette couleur, ce mot, cette lettre, ...etc. Hors, ces conditions ne semblent pas empiriquement observables. Il n'apparaît pas qu'un adulte au développement dît "normal" apprécie autant Babar comme livre de chevet que lors de son enfance. Les amateurs de poème ne semblent pas les apprécier du fait qu'ils sont constitués des mots qu'ils aiment.

L'esthétique n'est pas un principe. Elle est changeante dans le temps et n'est pas déterminable strictement. Elle est une science qui évolue, progresse, régresse au grés des impressions, donc mue des expériences quotidiennes vécues et jamais identiques.

a. Le beau serait une proportion aléatoire qui fluctue entre le laid et le sublime.

" Beau " est un adjectif issu du latin *bellus* qui signifie " joli, charmant, élégant ". Il est généré par certaines formes d'équilibres et d'harmonies. Ces équilibres vacillent entre les deux notions antonymiques de la valeur du Beau que son le Laid et le Sublime. "Laid" est un adjectif issu du francique *laith* qui signifie " désagréable, repoussant ". Ce qui est laid est de l'ordre de l'avalissement du Beau, et s'oppose à ce qui est sublime ou de l'ordre de la transcendance du beau. L'adjectif " Sublime " est issu du latin *sublimis* qui signifie " élevé dans les airs, haut ". Ce qui est beau, c'est ce qui n'est pas laid et qui se rapproche du sublime ; qui contient donc une certaine proportion de sublime et de laid. Si ce n'était pas le cas, le beau serait soit le sublime, soit le laid, et donc ne serait plus le beau.



Le schéma ci-dessus a été conçu pour ce dossier de fin d'étude.

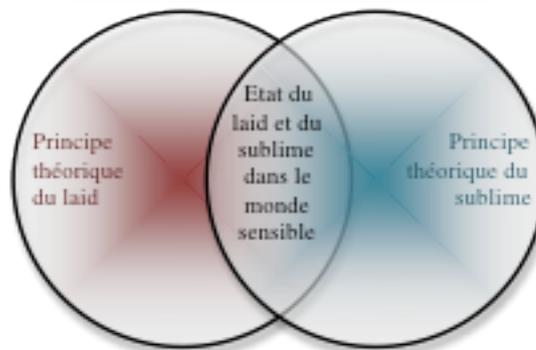
Si le Beau provoque le sentiment de plaisir esthétique et qu'il est proportionné à la fois de sublime et de laid, cela donne à penser que le laid n'est pas garant d'affliction et le sublime de plénitude de la manière pour tous, car le Beau n'est pas le même pour tous. Tout dépend du goût de chacun. Le beau est une manifestation sensible d'une forme, une valeur subjective à laquelle renvoie la critique esthétique.

b. Le laid et le sublime n'auraient pas de limite.

La considération de ce qui est laid ou sublime est variable. A un instant " T " pour une personne déterminée, le laid et le sublime sont des principes. Mais, dans la mouvance constante du temps qui passe et de l'espace qui évolue, ces deux principes deviennent aléatoires eux aussi. Ne dis t-on pas que les goûts changent ? Aussi bien dans le dépassement que dans la modération, le beau se déplace au grés des facteurs contraignants la subjectivité.

Ce qui est laid pour une personne, peut générer un sentiment de plénitude chez une autre. Inversement, ce qui est sublime pour l'un peut provoquer une aversion en l'autre. Le laid et le sublime provoquent des émotions et des représentations diverses en fonction des personnes. Il sont générés eux aussi selon le ressenti et le représenté de chacun. Le laid ne s'oppose pas au sublime. Tous deux sont des occurrences complémentaires. Entre eux n'existe pas de séparation ou d'espace. Le beau est l'endroit qui les contient tout deux en proportions variable et subjective.

Schématisation du Laid et du Sublime :



Le schéma ci-dessus a été conçu pour ce dossier de fin d'étude.

2. L'idéal esthétique est la science du beau selon chacun.

L'esthétique « se définit comme une théorie du goût »¹ et « l'objet de son étude renvoie à l'Homme et à son individualité »².

"Science" est un nom issu du latin *sciensa* qui signifie "connaissance". Les connaissances sont des représentations acquises par le biais de l'étude, de la réflexion ou de l'expérience. Les processus de traitement archaïque et de traitement sophistiqué de l'information perçue par les sens sont tout deux effectifs dans le processus de connaissance.

« L'esthétique [...] est la science de la connaissance sensible. »³. Les choses sensibles sont perceptibles selon plusieurs de leurs caractères issus de leur fond et de leur forme. La beauté est une « manifestation »⁴ du fond émanant des objets. Elle est donc un caractère d'un mode de connaissance du monde sensible.

a. La beauté est observable et subjective.

La beauté est une manifestation du monde objectif. Elle est « un mode »⁵ de connaissance sensible et est « le signe intrinsèque de la vérité de la sensation »⁶.

¹ Bauemler Alfred, *Le poème de l'irrationalité dans l'esthétique et de la logique du XVIIIe siècle, jusqu'à la Critique de la faculté de juger*, Presses Universitaires de Strasbourg, 1999, p.26

² Agnès Lontrade, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris, p.106

³ Baumgarten Alexander Gotlieb, *Esthétique*, trad. Pranchère J.Y., Paris, L'Herne, 1988, p.121

⁴ Agnès Lontrade, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris, p.107

⁵ Agnès Lontrade, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris, p.107

⁶ ibid.

Autrement dit, la présence de la beauté témoigne de façon irréfutable de l'existence de quelque chose (qui est estimé beau). Elle prouve la dimension sensible du monde. Elle est une trace conceptuelle du concret. En ceci, la beauté et le monde sensible sont en lien de cause à effet. Si ce lien est décrit en son sens inverse, il apparaît que le monde sensible objective la beauté. La beauté est donc observable.

Une belle chose est l'harmonie d'un fond et d'une forme. Le formel est ce que les modalités sensorielles captent de l'environnement qui entoure l'être humain. Seule la forme – peut importe la manière dont elle s'exprime, par matière visualisable et touchable, son, odeur ou saveur – est ce qui détermine avec finitude le monde.

La beauté est une composition harmonieuse d'une forme et d'un fond : « *une adéquation de l'apparence et de l'essence* »¹. L'apparence des formes est captée par les modalités sensorielles, mais l'essence fondue dans la forme n'est pas palpable elle. C'est une information évaluée par un traitement archaïque unique à chacun.

La captation de l'essence des choses n'est pas de l'ordre de la raison, elle est du domaine du « *vraisemblable, avec tout ce qui est situé hors du démontrable.* »². Suivant le cours des mécanismes de l'activité humaine, cette sensation instinctive, sous l'aspect d'une émotion, est traitée de façon plus sophistiquée pour aboutir au sentiment, reflet subjectif des choses du monde sensible.

b. La beauté est une émotion esthétique.

L'émotion est issue du mécanisme numéro trois de l'opération artistique, celui-là même à l'entrée duquel les stimuli sont captés par les sens grâce à une mise en état réceptif : « *un état d'attente de l'organisme* »³. Ce mécanisme de captation procède ensuite à leur transformation en ressentis. L'émotion est la sensation archaïque interne d'avoir été touché par un rayonnement : « *touchée (la personne) dans ses profondeurs existentielles* »⁴. Cela a pour effet de sentir littéralement son état d'être, l'existence de soi par le monde extérieur à soi. C'est donc faire l'expérience véritable de la/sa réalité. Mais selon que l'émotion est agréable ou désagréable, l'expérience est plaisante ou déplaisante, et la vérité ainsi expérimentée est celle d'une réalité néfaste ou bienfaisante.

Une émotion se manifeste également sur le plan physiologique. Selon qu'elle est de contenance agréable (par exemple la joie) ou désagréable (la peur par exemple), elle agrmente ou pénalise l'état physiologique de l'être. Elle génère des réactions comme la transpiration, des palpitations, des contractions musculaires.

Par exemple Line est aveugle depuis un an et demi. Elle ne dessine plus depuis et l'idée lui paraît absurde. Elle accepte de participer à un atelier d'art-thérapie constitué de binômes dont chacun est aveugle. Il est proposé aux pratiquants de dessiner de mémoire un objet qu'il aime particulièrement et dont il connaît bien les contours.

Des conseils techniques sont donnés à Line, pour qu'elle sache par exemple pointer la mine de son stylo et trouver le centre de la feuille (le papier utilisé est du carton plume, qui comporte un volume s'écrasant sous la pointe du stylo. Le dessinateur peut donc percevoir le contour de son dessin en touchant la surface du support). Line dessine son peigne en bois.

A la fin du temps préalablement impartit, les pratiquants échangent leur dessin avec leur binôme et doivent tenter de reproduire en trente minutes le motif du dessin nouvellement acquis par la technique du modelage de l'argile.

Il est ensuite proposé à chaque pratiquant de découvrir par le touché la production d'argile de son binôme.

En palpant le modelage imitant son peigne, Line se met à pleurer d'émotion.

¹ ibid.

² Bauemler Alfred, *Le poème de l'irrationalité dans l'esthétique et de la logique du XVIIIe siècle, jusqu'à la Critique de la faculté de juger*, Presses Universitaires de Strasbourg, 1999, p.137

³ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Favre, Lausanne, 2012, p.36

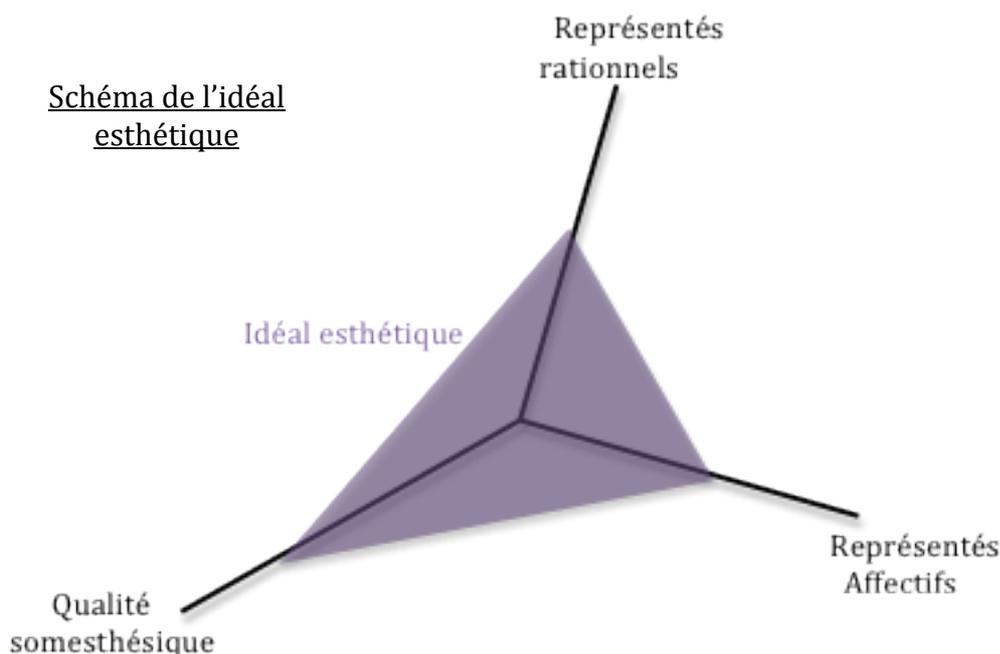
⁴ Forestier Richard, *Le métier d'art-thérapeute*, Favre, Lausanne, 2014, p.214

L'émotion esthétique agrmente l'état d'être, elle gratifie de manière positive la sensorialité grâce à la perception d'une beauté. Suivant son cheminement sur l'interface des mécanismes de l'activité humaine, l'émotion esthétique – qui est de contenance agréable – génère un sentiment de plaisir à la mesure de l'intensité de l'émotion ressentie. Elle permet donc à l'individu de faire l'expérience d'une réalité bienfaisante, qui apporte du bien être.

c. L'idéal esthétique ne serait pas une valeur fixe.

Comme précédemment remarqué, la beauté est une valeur aux proportions variables formellement et fondamentalement. Elle est évaluée et constatée de manière sensible et rationnelle. Ainsi, la connaissance sensible du beau est déterminée selon des processus gouvernés par la subjectivité attenante à chaque individu. Tout sujet est remarquable, il est particulier et la valeur en terme de beauté qu'il attribue aux choses du monde sensible est donc subjective. L'idéal esthétique est l'idée du beau, basée sur le monde objectivable et résultant de l'évaluation personnelle subjective.

L'idéal esthétique varie donc d'une personne à l'autre. Selon le vécu d'un individu, ses représentés rationnels et affectifs lui sont uniques. Le concept individuel d'idéal du beau varie également en fonction de la qualité somesthésique¹ remarquable à chacun et qui évolue elle-même dans le temps. L'idéal esthétique n'est donc pas l'idée inaltérable d'une représentation intemporelle. Il est variable dans le temps et selon les modalités individuelles.



Le schéma ci-dessus a été conçu pour ce dossier de fin d'étude.

B. La capacité d'un patient à vivre l'émotion esthétique par ses propres productions pourrait être renforcée par l'art-thérapie.

L'émotion esthétique peut être générée par la pratique artistique du patient accompagné en art-thérapie. Si le ressenti de l'émotion esthétique est issue d'un objet rayonnant, cet objet peut être le produit de l'activité artistique du sujet accompagné, sa production en cours ou terminée. L'art-thérapie tente de renforcer les capacités diverses du patient également par son expérimentation d'une gratification sensorielle positive, que produit l'émotion esthétique.

L'émotion semble être un réflex induit par un stimulus. Elle n'est pas intentionnelle, ni contrôlable. Toute cause pathologique déduite, il semble toutefois que certain d'entre nous soient

¹ La qualité somesthésique est définie dans la première partie, I.A.1.a de ce dossier.

moins, voir très peu touchés émotionnellement par ce qui compose leurs expériences quotidiennes. À l’opposé, certaines personnes sont touchées beaucoup plus que d’autres par les choses du monde sensible. Considérant ce phénomène non pas comme un fait mais comme une donnée, il semble envisageable qu’il existe dans les mécanismes humains impliqués dans l’activité de l’individu “une capacité d’être touché”, une capacité émotionnelle plus ou moins efficiente selon les sujets.

1. L’art-thérapeute moderne privilégie l’intention esthétique du patient envers ses propres productions.

La pratique artistique lorsqu’elle est définie comme telle par le pratiquant, est un acte volontairement orienté vers l’esthétique. Celui qui pratique l’activité artistique est donc dans la volonté de réaliser une œuvre d’Art, il dirige son activité intentionnellement.

L’intention dirigée dans le but de faire de l’Art est une intention esthétique. Elle consiste à tendre vers son idéal esthétique. Cela nécessite du patient qu’il développe sa capacité de se positionner sur l’esthétique de ses productions. La capacité critique et l’éducation artistique permettent cela.

Dans un but thérapeutique, l’art-thérapeute moderne privilégie l’intention esthétique du patient envers sa propre production. Lorsque la production du sujet accompagné lui procure un certain sentiment de satisfaction – du plaisir - alors sa pratique lui a permis de faire l’expérience d’une gratification positive des sens. Si sa production a pu lui procurer du plaisir, c’est parce qu’elle s’est rapproché de son idéal esthétique. Ce phénomène permet entre autre un renforcement de la qualité existentielle des personnes, il génère du sens et du contentement quand à soi-même.

a. L’intention esthétique est la volonté d’un juste rapport entre fond et forme.

L’œuvre d’Art est produite par la volonté de réaliser l’idéal esthétique et aussi par la transformation d’une matière, qu’elle soit « *intérieure* »¹ ou extérieure. Par exemple la musique, le théâtre ou la danse trouvent leur matière en eux-mêmes tandis que la sculpture la trouve dans la nature.

L’œuvre d’Art concrétise l’unité de deux composantes : un fond et une forme. Le fond correspond à ce que génère l’esthétique en terme de saveur, tandis que la forme sous tend le savoir-faire nécessaire à la concrétisation d’une production.

L’intention esthétique vise à satisfaire le goût et le style de celui qui produit l’Art. Le juste rapport entre un fond et une forme permet de satisfaire le goût en concrétisant ce qui plaît en terme de saveur. Il permet de satisfaire le style en ce qu’il concrétise ce qui plaît formellement. La « *qualité de l’impact sensorielle* »² générée par l’œuvre réside dans le juste rapport de sa forme et de son fond.

b. L’aboutissement à l’idéal esthétique n’est possible que si le patient est motivé par l’intention esthétique.

L’impact sensoriel généré par l’œuvre ou l’ouvrage est ce qui motive la pratique artistique.

L’ouvrage est une mise en action dirigée par une intention, qui peut procurer une gratification sensorielle positive par elle-même. Il est appréciable d’être actif. Cela peut répondre au besoin de se mouvoir. Donc le simple fait d’être dans la réalisation concrète d’une production artistique peut suffire à avoir envie de recommencer ou de continuer.

La gratification sensorielle que peut procurer l’œuvre est autre. Elle est du ressort de l’esthétique. Son impact est autrement renforçateur et il permet au sujet de faire l’expérience

¹ Forestier Richard, *Tout savoir sur l’art occidental*, Favre, Lausanne, 2004, p. 39

² Forestier Richard, *Le métier d’art-thérapeute*, Favre, Lausanne, 2014, p.145

d'être gratifié positivement de sa propre existence, réaliser au travers de sa production.

L'intention esthétique est le désir, le souhait de vivre cet impact sensorielle positif que procure l'obtention de l'idéal esthétique. Si le patient ne développe pas son intentionnalité, il ne pourra pas diriger son ouvrage vers son idéal esthétique et n'en bénéficiera pas des effets positifs.

Pour développer son intentionnalité, le sujet a besoin de reconnaître sa propre existence, d'apprécier suffisamment cet état pour s'y impliquer et il doit pouvoir se positionner en terme critique par rapport à ce qu'il produit. Ainsi, faire l'expérience de la pratique artistique guidée par l'art-thérapeute peut renforcer tous les mécanismes du phénomène artistique et permettre d'en développer les capacités inhérentes.

2. Lorsque l'intention esthétique du patient est effective et perdure, l'art-thérapeute peut développer des stratégies visant à augmenter le champ de son idéal esthétique.

Le but de l'art-thérapeute consiste à apporter un meilleur état d'être à son patient. Il cherche à influencer par la pratique artistique la qualité de vie du sujet qu'il accompagne. Pour cela, il est possible de considérer l'idéal esthétique comme un outil au moyen duquel développer plus de plaisir chez le patient.

Il paraît nécessaire de considérer l'idéal esthétique selon sa valeur évolutive, donc variable. Cette caractéristique se rapporte à un champ possible d'amplitude. En s'amplifiant, l'idéal esthétique du sujet lui permettrait d'augmenter la possibilité de vivre l'émotion esthétique. Par conséquent, il pourrait plus souvent qu'alors ressentir du plaisir par la gratification positive des sens.

a. L'augmentation du champ de l'idéal esthétique est un déplacement des limites subjectives du sublime et du laid.

Comme décrit plus haut, le beau est une harmonie s'effectuant au regard d'un équilibre entre laid et sublime. Le Laid et le Sublime ne sont pas limités, ce sont des valeurs. Elles sont variables car elles existent pour celui qui se les représente. Le laid et le sublime sont générés par le sujet, donc ce sont des valeurs subjectives.

Par conséquent le Beau varie également. Son étendue peut être diminuée ou augmentée, elle peut changer dans le temps et l'espace. L'individu peut trouver un tableau beau aujourd'hui et le trouver banal demain. L'identification du beau ne peut pas être garanti durablement.

Le beau et l'obtention de l'idéal esthétique ont des effets communs. Tout deux génèrent l'émotion esthétique. L'idéal esthétique serait la perfection de la beauté, à l'échelle du sujet toujours. Là où le Beau génère un sentiment agréable, l'obtention de l'idéal esthétique générerait un plaisir sublime, le plaisir transcendant. Mais l'hypothétique obtention de l'idéal esthétique est un autre sujet d'étude. C'est l'idéal esthétique lui-même qui a de l'intérêt en art-thérapie, pour ce qu'il va générer d'élan intentionnel en l'individu.

L'idéal esthétique semble similaire au beau : il est variable. S'il apparaît comme un principe stricte au moment de son idéalisation, il varie néanmoins comme le beau selon les valeurs subjectives des représentations du laid et du sublime.

L'écart variable entre les valeurs du Laid et du Sublime détermine donc le beau et l'idée de sa perfection. L'augmentation de cet écart entre le Laid et le Sublime engendrerait une étendue plus vaste du Beau et de l'idée de sa perfection (l'idéal esthétique).

b. Il n'y aurait que l'expérience qui puisse occasionner l'augmentation du champ de l'idéal esthétique.

Les limites du Laid et du Sublime varient en fonction de la subjectivité qui est induite par la représentation rationnelle et affective du monde sensible. La subjectivité est par essence changeante, car le représenté varie au grés des expériences vécues qui ne sont jamais les mêmes et s'effectuent tout au long de la vie.

Le représenté est constitué de connaissances mémorisées, acquises par le biais de l'étude, de la réflexion et de l'expérience. L'art-thérapie favorise l'expérience par la mobilisation du corps et son action. Il permet au patient de faire l'acquisition de nouvelles connaissances expérimentées. L'expérience fait fonctionner des circuits nerveux qui peuvent physiologiquement changer : c'est la plasticité neuronale. En cela « *l'expérience est supérieur à la connaissance abstraite* »¹.

L'expérience art-thérapeutique influence donc le représenté en l'enrichissant de nouvelles données. Elle peut apporter des gratifications sensorielles positives là où prédominait (dans le représenté affectif du sujet) des gratifications sensorielles négatives. L'art-thérapie permet au sujet de vivre une expérience différente dans des conditions similaires. C'est à dire qu'elle permet au patient de changer son représenté affectif et rationnel. Toutefois ce changement nécessite une répétition de l'expérience et n'efface pas le vécu désagréable d'expériences passées, le patient peut simplement en connaître d'autres qui soient agréables.

Par exemple Marion a des difficultés à passer à l'action lorsqu'elle veut modeler l'argile. Elle dit qu'elle n'y arrivera jamais. Avec l'aide de l'art-thérapeute qui a élaboré une stratégie sécurisante, Marion se met à la pratique au bout d'un certain temps. Son élan corporel se concrétise de plus en plus rapidement en actions au cours des séances. Ceci est possible car le représenté de Marion ne l'informe plus seulement que sur son constat d'échec, mais aussi sur son nouveau constat de capacité. Marion fini même par réaliser une production. Cela amène son représenté à intégrer une nouvelle donnée : la réussite.

Le représenté qui permet l'idée de la perfection du Beau au regard d'une expérience passée, peut changer par la pratique d'expériences nouvelles. C'est ainsi qu'une émotion esthétique vécue au regard de la propre production de l'individu lui-même, peut amener l'idéal esthétique du sujet à intégrer d'autres données. Il peut devenir plus large qu'auparavant. Le champ de l'idéal esthétique peut s'amplifier.

c. Il pourrait exister un rapport de proportion entre le champ de l'idéal esthétique et la capacité à ressentir du plaisir.

Une capacité est une contenance, donc une quantité, mais aussi une aptitude ou une faculté. Le plaisir peut être estimé en terme de quantité : « une odeur déplaisante, un goût assez plaisant, une caresse très plaisante, ...etc. ». Il peut aussi être estimé en terme d'aptitude ou de faculté : « prendre du plaisir, avec plaisir, par plaisir ». Ce qu'on nomme couramment " plaisir " est assimilé à sa modalité quantitative. Mais, le plaisir dans son entièreté semble être en fait aussi une capacité. Elle peut être développée en ce sens que la personne peut renforcer sa capacité à ressentir du plaisir.

Le champ de l'idéal esthétique se situe dans la représentation du Beau. Ce qui est beau apporte une gratification sensorielle positive qui génère du plaisir. Le Beau génère un ressenti plaisant. Au regard du champ de l'idéal esthétique, il semble possible de déterminer la capacité du sujet à ressentir du plaisir.

d. L'art-thérapie moderne pourrait amener le patient à augmenter ou à développer sa capacité à ressentir du plaisir en augmentant son champ de l'idéal esthétique.

Afin d'augmenter la capacité du patient à ressentir du plaisir par l'augmentation du champ

¹ CNRS, Nancy Université, ATILF. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, directeur de la publication : Jean-Marie Pierre, 2013. En ligne (consulté le 17/01/15) disponible sur le World Wild Web : « <http://www.cnrtl.fr/definition/science> »

de l'idéal esthétique, il ne s'agit pas pour l'art-thérapeute d'anticiper le résultat de la production de son patient pour qu'elle provoque une émotion esthétique, car cela est bien entendu impossible faisant parti du champ de la subjectivité. Il s'agirait plus vraisemblablement de constituer des situations d'ouverture, des situations dans lesquels le patient serait amené techniquement et fondamentalement à percevoir ses productions d'une manière inhabituelle, c'est à dire d'une manière différente de sa représentation habituelle.

L'idée que le patient a de sa production potentielle est en apparence fixe et sa production réelle y répond où non. C'est à dire que sa production correspond où non à son idéal esthétique. En considérant en revanche que l'idéal esthétique n'est pas une idée fixe, l'art-thérapie moderne pourrait développer des stratégies permettant au patient de percevoir sa production toujours selon son idéal esthétique et aussi selon un idéal esthétique différent. Ainsi le champ de son idéal esthétique pourrait être plus vaste et le patient plus sujet à la gratification sensorielle positive et donc au plaisir.

Annette à 13 ans, elle accepte de participer à un atelier groupal à dominante modelage. La consigne propose de reproduire le plus fidèlement possible un objet qu'un autre pratiquant a apporté (une brosse à dent en l'occurrence). La disposition des espaces de modelage est telle qu'aucun pratiquant ne peut voir la réalisation en cours d'un autre. Annette n'a jamais fait de modelage et n'en connaît pas la technique, elle affirme que sa production « *ne vaut rien* ».

Lorsque le temps préalablement impartit s'est écoulé (30 minutes), l'art-thérapeute récupère les productions en préservant leur anonymat et les dépose toutes sur une table centrale. Il est alors proposé à chaque pratiquant de retrouver la production censée imitée la forme de l'objet qu'il avait apporté.

Tandis qu'Annette cherche du regard la forme qui lui est familière, elle entend un pratiquant dire avec enthousiasme ceci : « *Oh c'est ma brosse à dent !* ». L'attitude d'Annette suggère qu'elle se sent surprise. Sans se désigner comme l'auteur de la production, elle regarde du coin de l'œil le propriétaire de la brosse à dent s'impliquer dans l'observation sa production. Annette dira ceci à l'art-thérapeute après l'atelier : « *J'étais sûre que c'était nulle mais je la trouve jolie en fait. C'était bien.* »

L'art-thérapie peut amener une personne à aimer ses propres productions et à renforcer toujours plus son intentionnalité en parallèle. Il semble possible de développer le champ de l'idéal esthétique et pas seulement de permettre le cheminement vers celui-ci.

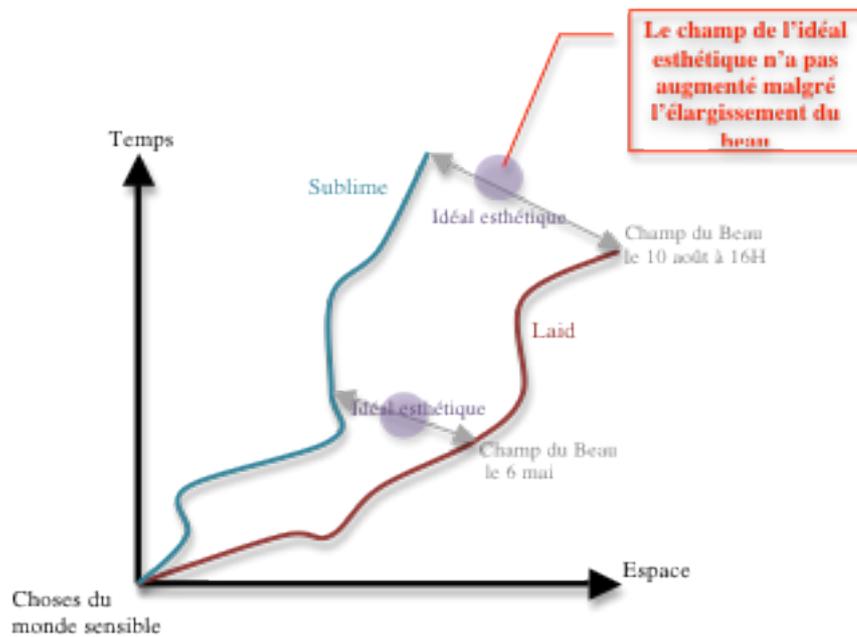
L'art-thérapie moderne peut permettre que le cheminement vers l'idéal esthétique qui développe un ressenti positif et une gratification sensorielle positive. Elle peut aussi, par l'augmentation du champ de l'idéal esthétique d'une personne, amener celle-ci à augmenter sa capacité à vivre avec plaisir.

3. L'augmentation du champ de l'idéal esthétique demeure avant tout une théorie.

a. L'augmentation du champ de l'idéal esthétique peut ne pas être induite par le déplacement des limites du laid et du sublime.

L'écart variable entre les valeurs du Laid et du Sublime détermine le beau. L'augmentation de cet écart entre le Laid et le Sublime engendrerait une étendue plus vaste du Beau. Mais il n'est pas certain que l'idéal esthétique s'amplifie pour autant. Autrement dit, le champ de l'idéal esthétique est tributaire de celui du Beau, mais n'en a pas les mêmes valeurs. Même si l'idéal esthétique est variable, rien ne peut assurer qu'il augmente lorsque le Beau augmente.

Schématisation du déplacement des limites du Laid et du Sublime :



Le schéma ci-dessus représenté a été conçu pour ce dossier de fin d'étude.

b. Cette réflexion est avant tout théorique.

Cette analyse de l'idéal esthétique est issue d'observations et de questionnements concernant la pratique artistique. Mais elle n'est en rien une réponse. Elle suggère la possibilité que l'idéal esthétique soit introduit comme un outil thérapeutique sans pour autant établir la justification de cette fonction de manière empirique.

De même, les concepts générés par cette analyse (comme la capacité à vivre le plaisir) restent abstraits. Ils ne sont issus ni d'une connaissance comportementale, ni d'une analyse de situation et ne présentent d'intérêt qu'en théorie.

Une étude scientifique des effets de l'émotion esthétique d'un individu, générée par la perception de sa propre production, serait nécessaire afin de constater les incidences de l'idéal esthétique sur la qualité de vie.

CONCLUSION

L'humain est un être complexe aux capacités diverses et surprenantes. Mêlé de raison et de sentiments, d'individualité, de personnalité, d'émotions et de matière, l'être humain est un système dynamique dont les modalités sont interdépendantes. Lorsqu'une pénalité impacte sa qualité de vie ou sa santé, il souffre globalement. Ce fait permet aussi de restaurer l'ensemble du bien être d'une personne à partir de ses modalités.

L'art-thérapie est une discipline humanitaire qui utilise un protocole de soin objectif pour entreprendre le renforcement des modalités humaines lésées. Ce faisant, c'est l'ensemble de l'être, dans le respect de sa personnalité et de son individualité, qui peut progresser de façon autonome et responsable vers le mieux être.

Le vieillissement fragilise l'être humain. Les personnes âgées ont de fortes probabilités de souffrir d'une perte de dépendance ou d'autonomie. Lorsque celle-ci génère une condition physique, psychique ou sociale que l'individu ne peut assumer seul, il peut être amené à vivre en institution. Pour répondre aux besoins fondamentaux de ces êtres humains aux capacités diminuées, il y a la prise en charge sanitaire. En institution, l'équipe médicale apporte les soins quotidiens aux corps âgés qui faiblissent. L'art-thérapie peut leur apporter également un soin existentiel. La discipline art-thérapeutique permet aux personnes âgées dépendantes vivant en institution de donner un peu plus de sens à leur vie, d'utilité à leur corps et à leur mental, et de qualité à leurs rapports sociaux.

Intégrée dans l'institution, l'art-thérapie fait partie de l'équipe pluridisciplinaire des soignants. Considérant les méthodes d'application de cette discipline, il est possible de l'envisager comme un processeur d'interdisciplinarité au sein des établissements. L'art-thérapeute moderne semble avoir des outils d'observation pour évaluer la qualité d'être du corps professionnel au regard de chacun des individus qui le compose. Il peut être une voie de communication indirecte et objective entre les membres du personnel pour permettre la compréhension des équilibres et de la qualité des rapports relationnels. Le relevé des items, l'adaptation personnalisée des observations, la particularité du relevé des capacités sociales, sont des éléments qui permettraient d'accompagner aussi bien ceux qui donnent les soins que ceux qui les reçoivent en institution.

Cet investissement du terrain institutionnelle aurait sans doute des conséquences impactant la prise en charge des patients. Une meilleure application du soin pourrait en découler par une optimisation de la dynamique interprofessionnelle. La qualité de vie des résidents bénéficierait de l'emploi de l'art-thérapie au profit des équipes de soin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- André Christophe, Lelord François, *L'estime de soi*, Odile Jacob, Paris, 2002
- Aristote, *La Politique*, J. Tricot, Vrin, Paris, 1995
- Bauemler Alfred, *Le poème de l'irrationalité dans l'esthétique et de la logique du XVIIIe siècle, jusqu'à la Critique de la faculté de juger*, Presses Universitaire de Strasbourg, 1999
- Baumgarten Alexander Gotlieb, *Esthétique*, trad. Pranchère J.Y., Paris, L'Herne, 1988
- Clément Elisabeth, Demonque Chantal, Hansen-LØve, Pierre Kahn, *La philosophie de A à Z*, Hatier, Paris, 2000
- Debray Quentin, Granger Bernard, Azaïs Franck, *Psychopathologie de l'adulte*, Elsevier Kant Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, trad. Philonenko A., Paris, Vrin, 1993
- Ferrey Gilbert, Le Gouès Gérard, *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2008
- Forestier Richard, *L'évaluation en art-thérapie*, Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2007
- Forestier Richard, *regard sur l'art, approche épistémologique de l'activité artistique*, texte de conférence à la Sorbonne, paris, 2005
- Forestier Richard, *Le métier d'art-thérapeute*, Favre, Lausanne, 2014
- Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Favre, Lausanne, 2012
- Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Favre, Lausanne, 2004
- Gershon Michaël D., *The Second Brain*, Harper Paperbacks, New-York, 1999
- Lontrade Agnès, *Le plaisir esthétique. Naissance d'une notion*, L'harmattan, 2004, Paris
- Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2010
- Maslow Abraham, *Devenir le meilleur de soi-même*, Eyrolles, Paris, 2008
- Ruyer Raymond, *la Cybernétique Et L'origine De L'information*. Editions Flammarion, science de la nature, 1968
- Sudres Jean-Luc, Roux Guy, Laharie Muriel, De la Fournière François, *La personne âgée en art-thérapie*, L'Harmattan, Paris, 2004

MEMOIRES & THESES

Jouaud Daisy, *Une expérience d'art-thérapie au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Faculté de médecine François Rabelais Tours, Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2010

SITES INTERNET :

- Autorité de Santé : « <http://www.has-sante.fr/> »
- Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes : « <http://www.social-sante.gouv.fr/> »
- Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire, KPMG : « <http://www.kpmg.com/fr/> »
- Pour la Science : <http://www.pourlascience.fr/>
- AFRATAPEM : « <http://www.art-therapie-tours.net/> »
- Université de Paris : « www.uvp5.univ-paris5.fr/ »
- DREES : « <http://www.drees.sante.gouv.fr/> »
- INSEE : « <http://www.insee.fr/> »
- Organisation Mondiale de la Santé : « <http://www.who.int/> »
- CNRS : « <http://www.cnrtl.fr/> »

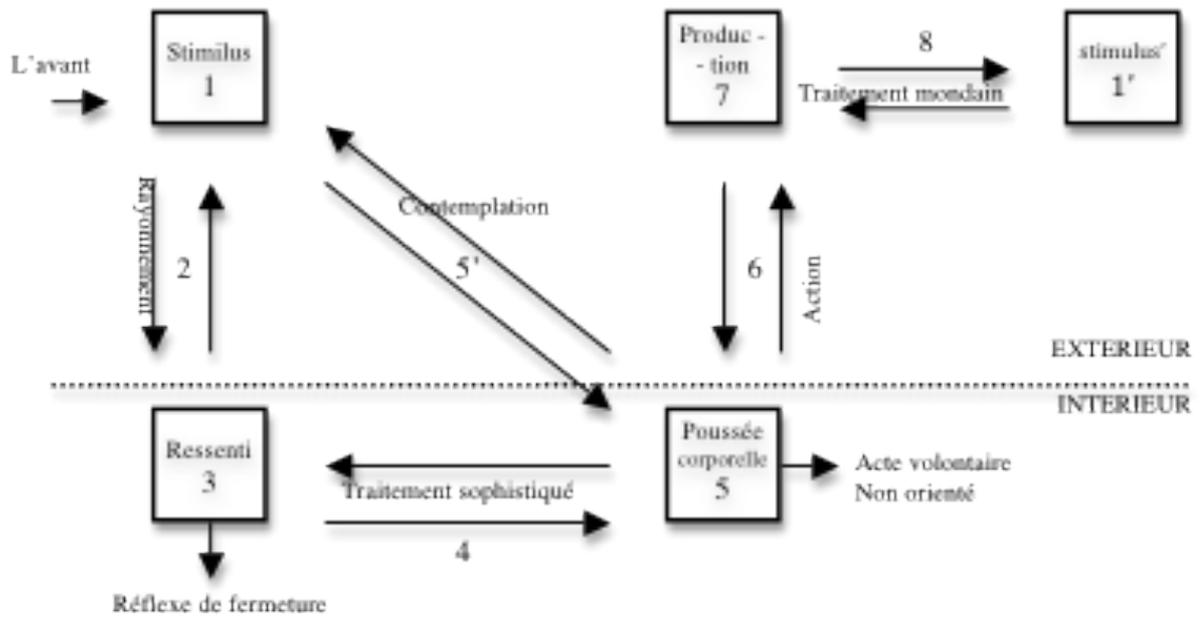
Annexe 1

LES BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ETRE HUMAIN		
Virginia Henderson	Abraham Maslow	Rosette Poletti
14. Apprendre 13. Se divertir 12. S'occuper en vue de se réaliser 11. pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances 10. Communiquer avec ses semblables 9. Eviter les dangers 8. Être propre et soigné, protéger ses téguments 7. Maintenir sa température corporelle 6. Se vêtir et se dévêtir 5. Dormir et se reposer 4. Se mouvoir 3. Eliminer 2. Boire et manger 1. Respirer	<p style="text-align: center;">Accomplissement de soi : S'actualiser, se développer, se réaliser pour Epanouissement</p> <p style="text-align: center;">Estime de soi : Sentiment de valeur, d'utilité Reconnaissance et considération de soi</p> <p style="text-align: center;">Amour et appartenance : Être aimé par les siens et les aimer Ecoute, compréhension, attention, intention</p> <p style="text-align: center;">Sécurité : Protection physique et psychologique Possession, maîtrise, sûreté, stabilité</p> <p style="text-align: center;">Physiologiques de base : maintien des équilibres organiques, repos, élimination, sexualité</p>	<p style="text-align: center;">Réalisation de soi : Croissance, développement, amélioration de soi Créativité, sollicitation du plein potentiel</p> <p style="text-align: center;">Estime de soi : Sentiment d'utilité, de valeur, d'adéquation Autonomie, compétence, réussite</p> <p style="text-align: center;">Estime de la part des autres : Reconnaissance, appréciation, importance Réputation, statu</p> <p style="text-align: center;">Appartenance : Amour, relation, compagnie</p> <p style="text-align: center;">Propriété : Maîtrise spatiale et temporelle Impacte, pouvoir et connaissance</p> <p style="text-align: center;">Sécurité : Protection physique et psychologique Indépendance, stabilité, prédictibilité, ordre</p> <p style="text-align: center;">Physiologique de base : Maintien des équilibres organiques, Elimination, repos, sollicitation physique, propreté, sexualité, confort</p>

RECAPITULATIF DE L'AUTO-EVALUATION PAR LE CUBE HARMONIQUE ¹			
OBJECTIFS SANITAIRES	ESTHETIQUE		OBJECTIFS EXISTENTIELS
Goût « J'aime / j'aime pas » Personnalité	Beau Affirmation d'un ressenti	« Trouvez-vous votre production belle ? » me PLAIT	Sympathie Ressentir du plaisir d'être
Style identité individu(el)	Bien Confiance (assurance) / structure corporelle	« Trouvez-vous cela correctement réalisé ? » bien FAIT	Espoir Croire encore, possible Tension/contenu/objectif (espérance)
Engagement Avoir envie	Bon Amour des personnes / élan corporel	« Avez-vous envie de recommencer ? » veux CONTINUER	Fierté reconnaître sa capable
Qualité du moment : « Avez-vous passé un bon moment ? »			

¹ Forestier Richard, *Le métier d'art-thérapeute*, Favre, Lausanne, 2014, p.282

Annexe 2



Les pratiques art-thérapeutiques du modelage et de la peinture ont une incidence sur la perte d'autonomie des personnes ÂgÉes vivant en EHPAD

La vieillesse est une notion subjective et individuelle. Cette étape normale et saine de la vie d'un être humain, s'accompagne de conséquences pouvant amener l'individu à perdre en indépendance et en autonomie. Lorsque le quotidien devient difficile à vivre sans aide extérieure, la personne âgée doit considérer l'idée d'intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui satisfera les besoins qu'elle ne peut plus satisfaire seule. De nouveaux événements tendent alors à diminuer sa qualité de vie, ce qui peut engendrer des répercussions sur sa santé.

L'utilisation du potentiel artistique à visée humanitaire et thérapeutique peut s'intégrer parfaitement au protocole de soin des personnes âgées institutionnalisées. Dans le cadre de l'art-thérapie, une personne âgée fragilisée peut constater et expérimenter par elle-même ses propres capacités saines et les renforcer dans la pratique.

Ce mémoire est consacré à cet âge de la vie et sa réalité sociale, politique et environnementale contemporaines au regard de l'art-thérapie. Les conditions actuelles du vieillissement en général et en institution sont abordées. Il est également décrit les pratiques du modelage de l'argile et de la peinture dans le cadre d'un atelier d'art-thérapie. Ainsi que leur incidence sur la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées. Enfin un intérêt porté à l'idéal esthétique considèrera l'hypothèse de son champ et du développement de celui-ci dans le but d'amplifier la capacité humaine à vivre le plaisir.

Mots clef : Art-thérapie, personnes âgées dépendantes, institution, modelage, peinture, idéal esthétique, plaisir

MODELING AND PAINTING ART-THERAPY PRACTICES

HAVE AN INCIDENCE OVER THE LOSS OF AUTONOMY OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN ASSISTED LIVING FACILITIES

Old age is a subjective and personal notion. This natural and healthy step in the life of a human being, comes with a series of consequences that could bring a loss of independence and autonomy to the individual. When the everyday life becomes difficult to live without outside help, the elderly person has to take into consideration the idea of going into an assisted living facility that shall fulfill the needs she cannot fulfill alone anymore. New events have a tendency to reduce her quality of life and impact her health.

The use of artistic potential with humanitarian and therapeutic goals can perfectly be integrated to clinical protocols of elderly people in nursing homes. Within art-therapy, a weakened elderly person can recognize and experience, on her own, her personal healthy abilities and reinforce them in a regular practice.

This thesis is dedicated to this age category and its social, political and environmental contemporary reality with regard to art-therapy. Present conditions of growing old in general and in institutional environments are considered. Clay modeling and painting practices within an art-therapy workshop are also described, as well as their incidence over the loss of autonomy of assisted elderly people. Finally, a special attention toward aesthetic ideal shall ponder the legitimacy of its field and growth to increase the human ability to experience pleasure.

Keywords: Art therapy, assisted elderly people, institution, modeling, painting, aesthetic ideal, pleasure.