

**La pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées :  
une étude pilote de faisabilité**

Francine Forget

Un travail de recherche

présenté

au

Département d'enseignement de l'art

et des thérapies par les arts

comme exigence partielle en vue de l'obtention  
du grade de Maîtrise ès arts (M. A.)

Université Concordia  
Montréal, Québec, Canada

Avril 2003

© Francine Forget, 2003



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-78014-7

Canada

## Sommaire

### **La pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées : une étude pilote de faisabilité**

**Francine Forget**

L'objectif principal de cette recherche est de démontrer la faisabilité de la pratique de l'art-thérapie auprès des personnes âgées résidant à domicile et d'explorer ses effets sur les symptômes de la dépression. La présente recherche s'est déroulée dans le cadre d'un stage de maîtrise en art-thérapie, réalisé de septembre 2000 à mai 2001, dans une clinique de psychogériatrie d'un hôpital francophone de Montréal. Il s'agit d'une étude pilote comprenant quatre volets: (1) les aspects pragmatiques de la pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées ; (2) l'étude exploratoire des effets de l'art-thérapie sur l'incidence des symptômes dépressifs évalués à partir de l'échelle de dépression de Beck (1961) ; (3) l'analyse des images produites par les clients à partir d'une grille d'observation inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale* (Gantt, 1998) ; (4) la présentation d'études de cas (vignettes cliniques) de personnes âgées ayant bénéficié d'une intervention art-thérapeutique à domicile dans le cadre du stage. Cette recherche, à laquelle quatre sujets ont participé, utilise une méthodologie mixte d'investigation (quantitative et qualitative). Bien que l'analyse des résultats ne puisse être généralisée, cette étude indique que l'art-thérapie à domicile est une pratique faisable qui pourrait agir positivement sur les symptômes de la dépression chez des personnes âgées.

## **Abstract**

### **The practice of home bound art-therapy with the elderly : A pilot study of feasibility**

**Francine Forget**

The main goal of this research is to demonstrate that home bound art-therapy with the elderly is feasible, and to explore the effect of its practice on the symptoms of depression. This research was conducted during the course of a Master's degree practicum in a psychogeriatric clinic of a French hospital in Montreal. This pilot study explore four main aspects: (1) the pragmatic dimension of the home bound art-therapy practice ; (2) the exploratory study of the effects of art-therapy on the incidence of depressive symptoms, according to Beck's (1961) Depression Scale ; (3) the analysis of the graphic elements of the image based on an observation scale inspired from the Formal Elements Art Therapy Scale (Gantt, 1998) and finally ; (4) the presentation of case studies (clinical case) of elderly people that have benefited from individual in home art-therapy sessions during the practicum. Four subjects participated in this study, which used a mix-method investigation (qualitative and quantitative). Although the results cannot be generalised, this study tend to indicate that home bound art-therapy is a feasible practice that could positively affect the depressive symptoms of the elderly.

## Remerciements

Je dédie ce travail de recherche aux personnes âgées qui ont accepté de participer à la présente étude. L'expérience de vie de chacune de ces personnes m'a été précieuse tout au long de sa réalisation. Elles m'ont inspirée et je les remercie très sincèrement.

Je remercie aussi chaleureusement madame Josée Leclerc et je désire lui exprimer ma profonde reconnaissance pour son soutien et sa rigueur aux différentes étapes du processus de recherche et de rédaction. Je désire également remercier madame Lisette Légaré pour ses conseils en rédaction.

Je voudrais souligner la contribution exceptionnelle des membres de l'équipe de la clinique de psychogériatrie. Ma gratitude va à chacun d'eux et particulièrement aux médecins psychiatres, dont le docteur Anne Émond qui a supervisé mon stage et le chef d'équipe de la clinique, le docteur Georges Aird, qui a accepté la première stagiaire en art-thérapie au sein de leur équipe. Je voudrais enfin exprimer ma reconnaissance au docteur Arthur Amyot pour son ouverture envers l'art-thérapie et son soutien à cette modalité d'intervention.

Je désire, en terminant, exprimer mon affection à mes enfants, Hugo et Evna, et à mon conjoint, Michel, et les remercier pour leur encouragement et pour la confiance qu'ils m'ont témoignée et qui m'a permis de mener à terme ce projet de recherche.

**LA PRATIQUE DE L'ART-THÉRAPIE À DOMICILE AUPRÈS DES PERSONNES  
ÂGÉES : ÉTUDE PILOTE DE FAISABILITÉ**

**Table des matières**

<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I - PSYCHOTHÉRAPIE ET TROISIÈME ÂGE : RÊVE OU RÉALITÉ ?.....</b>	<b>7</b>
1.1 PROBLÉMATIQUE DU VIEILLISSEMENT ET INCIDENCE SUR LA SANTÉ MENTALE .....	8
1.2 DÉPRESSION ET SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES .....	11
1.3 PSYCHOTHÉRAPIE ET TROISIÈME ÂGE : DES PRÉJUGÉS À COMBATTRE.....	19
1.4 PERSPECTIVES NOUVELLES EN PSYCHOTHÉRAPIE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES .....	23
1.5 L'INTERVENTION À DOMICILE .....	29
<b>CHAPITRE 2 - L'ART-THÉRAPIE ET SES APPLICATIONS EN GÉRIATRIE.....</b>	<b>33</b>
2.1 L'ART-THÉRAPIE : HISTORIQUE ET COURANTS DE PENSÉE .....	33
2.2 ART ET EXPRESSION CRÉATRICE .....	36
2.3 L'ART-THÉRAPIE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	40
2.4 L'ART THÉRAPIE COMME INSTRUMENT DE DIAGNOSTIC .....	46
2.5 L'ART-THÉRAPIE À DOMICILE .....	50
<b>CHAPITRE 3 – DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....</b>	<b>55</b>
3.1 - DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIENCE.....	56
3.1.1 CONTEXTE DE RÉALISATION .....	57
3.1.2 DESCRIPTION DU MILIEU D'INVESTIGATION.....	57
3.1.3 RECRUTEMENT DES SUJETS.....	59
3.1.4 MÉTHODOLOGIE ET PARAMÈTRES DE MESURE.....	61
3.1.5 LIMITE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....	68
3.2 - ANALYSE DES RÉSULTATS .....	69
3.2.1 RECRUTEMENT DE SUJETS ET FORMATION DU GROUPE EXPÉRIMENTAL .....	69
3.2.2 ÉCHELLE DE DÉPRESSION.....	71
3.2.3 ANALYSE DES ÉLÉMENTS GRAPHIQUES DE L'IMAGE .....	73
3.2.4 CONSIDÉRATIONS SUR LA PRATIQUE DE L'ART-THÉRAPIE À DOMICILE .....	80

<b>CHAPITRE 4 - VIGNETTES CLINIQUES ET DIMENSIONS THÉRAPEUTIQUES .....</b>	<b>84</b>
4.1 CADRE THÉORIQUE/ QUELQUES NOTIONS SUR LA PROBLÉMATIQUE DU DEUIL.....	85
4.2 CAS CLINIQUE NO 1 : MADAME D.....	87
4.2.1 HISTOIRE PSYCHOSOCIALE DE MADAME D.....	87
4.2.2 PROBLÉMATIQUE ACTUELLE ET DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE .....	88
4.2.3 TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE .....	89
4.2.4 OBJECTIFS DU TRAITEMENT .....	89
4.2.5 PRÉSENTATION DES SÉANCES.....	90
4.2.6 RÉSUMÉ DU TRAITEMENT AUPRÈS DE MADAME .....	108
4.3 CAS CLINIQUE NUMÉRO 2 : MADAME H.....	109
4.3.1 HISTOIRE PSYCHOSOCIALE DE MADAME H.....	110
4.3.2 PROBLÉMATIQUE ACTUELLE, DIAGNOSTIC ET OBJECTIFS DU TRAITEMENT .....	110
4.3.3 SOMMAIRE DES RENCONTRES INDIVIDUELLES.....	111
4.3.4 RÉSUMÉ DU TRAITEMENT AUPRÈS DE MADAME.....	116
4.4 CAS CLINIQUE NO 3 : SŒUR H. ....	117
4.4.1 DESCRIPTION DU CAS CLINIQUE.....	117
4.4.2 DESCRIPTION DES RENCONTRES INDIVIDUELLES.....	118
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>133</b>
ANNEXE I : ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE BECK (1961).....	140
ANNEXE II: GRILLE D'OBSERVATION DES IMAGES.....	143
ANNEXE III: FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTMENT .....	145

## Liste des illustrations

<i>Figure 1: Maison I</i>	76
<i>Figure 2: Maison II</i>	77
<i>Figure 3: Maison II</i>	78
<i>Figure 4: Maison IV</i>	79
<i>Figure 5: Cœur avec rayons d'amour</i>	91
<i>Figure 6: Collage</i>	93
<i>Figure 7: Époux</i>	96
<i>Figure 8: Cimetière</i>	97
<i>Figure 9: Arc-en-ciel</i>	100
<i>Figure 10: Arbre avec repousses</i>	101
<i>Figure 11: Vue aérienne du soleil</i>	102
<i>Figure 12: Spirale</i>	104
<i>Figure 13: Boîte à colère</i>	106
<i>Figure 14: Fleurs avec vase</i>	107
<i>Figure 15: Bouteille</i>	112
<i>Figure 16: Maison</i>	113
<i>Figure 17: Une belle journée ensoleillée</i>	115
<i>Figure 18: Soleil couchant</i>	118
<i>Figure 19: Gâteau</i>	120
<i>Figure 20: Vie spirituelle</i>	121
<i>Figure 21: Phare</i>	122
<i>Figure 22: Souvenir d'un camp d'été</i>	124
<i>Figure 23: Coucher de soleil</i>	126



## INTRODUCTION

« Un trafiquant de souvenirs, un cimetière vivant d'images : tel est le vieillard ».  
(Sgalambro, 2001)

La présente recherche a pour but de démontrer, dans le cadre d'une recherche exploratoire, la faisabilité de l'art-thérapie à domicile et d'étudier, bien que sommairement, les effets de l'intervention art-thérapeutique sur les symptômes dépressifs manifestés par des personnes âgées. Cette recherche a été conduite lors d'un stage de maîtrise effectué dans une clinique de psychogériatrie d'un hôpital francophone de Montréal, de septembre 2000 à mai 2001. Il s'agissait d'un projet pilote et quatre volets de recherche ont été déterminés: (1) les aspects pragmatiques de la pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées ; (2) l'étude exploratoire des effets de l'art-thérapie sur l'incidence des symptômes dépressifs, évalués à partir de l'échelle de dépression de Beck (1961) ; (3) l'analyse de l'image effectuée à partir d'une grille d'observation des éléments graphiques de celle-ci inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale (FEATS)*, grille développée par Linda Gantt (1998) ; (4) l'observation clinique à partir d'études de cas (vignettes) de personnes âgées ayant bénéficié d'une intervention art-thérapeutique à domicile dans le cadre du stage. Une méthodologie d'investigation mixte (qualitative et quantitative) a été utilisée afin de cerner les enjeux et les composantes de la pratique de l'art-thérapie à domicile auprès de la clientèle susmentionnée et pour mesurer, quoique sur un échantillonnage restreint, les effets de

cette intervention. Ce travail pourrait contribuer à établir des paramètres scientifiques dans le cadre d'une recherche plus exhaustive qui pourrait avoir lieu ultérieurement.

L'ensemble de la recherche repose sur les hypothèses suivantes : l'art-thérapie à domicile auprès d'une population âgée représenterait une pratique faisable et l'implication de cette catégorie de personnes dans un processus créateur pourrait avoir des effets bénéfiques sur la dépression. Nous avons donc travaillé à l'identification des paramètres qui permettent la pratique de l'art-thérapie en cherchant à répondre aux sous-questions suivantes : comment créer un contexte d'intervention art-thérapeutique à domicile ? Quels sont les conditions requises et les facteurs déterminants pour la pratique de l'art-thérapie à domicile ? Les personnes âgées sont-elles réceptives à la pratique de l'art-thérapie à domicile ? L'art-thérapie peut-elle influencer la manifestation des symptômes dépressifs chez ces personnes ?

Posons d'emblée quelques remarques quant aux contextes social et communautaire, en gériatrie, prévalant lors de la recherche. Il nous semble, de prime abord, que la reconnaissance du besoin d'intervenir auprès de ce groupe de la population est fondamentale. L'absence d'orientation et d'une politique claire dans le plan d'action pour la transformation des services en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), reflètent bien le niveau des préoccupations psychosociales de l'heure vis-à-vis ce groupe de la population. L'urgence d'intervenir en santé mentale auprès des aînés n'est pas clairement énoncée et on traite davantage de la reconnaissance du vieillissement, du développement de ressources alternatives et de services pour les

aidants naturels sans pour autant proposer des orientations concrètes pour favoriser l'accessibilité de services de psychogériatrie aux aînées. Il semble que les instances politiques aient une vision parcellaire de la nécessité de ce service et cela influence négativement les perspectives de développement de ce type de service à la population âgée.

La psychogériatrie nécessite une intervention particulière. Pour identifier les paramètres d'une intervention à domicile, il faut prendre en compte un ensemble de facteurs (problèmes de santé, signes précurseurs de déficits cognitifs, prises de médicaments, facteurs idiopathiques d'adaptation au vieillissement, présence d'un réseau naturel de soutien, niveau d'isolement et de stimulation sensorielle, pertes récentes, etc.) qui interagissent entre eux et qui posent des défis complexes quant au choix du traitement psychiatrique et de l'intervention clinique à prescrire. Des habiletés professionnelles et des expertises particulières sont requises pour procéder à une évaluation globale (biopsychosociale).

Nous croyons, et la présente recherche en témoigne, que le domicile de la personne âgée représente un milieu privilégié de vie et d'intervention. Il est « l'ancre psychologique de la personne, car l'essence de la vie de la personne appartient à cet univers et celui-ci constitue un accès important à son intimité » (Forget, 1999, p. 30). En règle générale, la capacité de la personne âgée de faire des choix est maintenue lorsqu'elle réside à domicile et ce, malgré les événements externes (deuils, maladies, isolement, pertes de rôle) qui souvent la confrontent et qui font appel à ses facultés d'adaptation : « Le vieillissement n'est pas *l'âge d'or* : c'est une période de la vie

difficile à traverser, car le cycle de l'adaptation physique et psychologique est constamment déstabilisé » (Forget, 1999, p. 2). D'ailleurs, certaines études révèlent que l'incidence de symptômes dépressifs double lorsque la personne âgée quitte son milieu de vie pour un centre d'hébergement. La question se pose : y aurait-il eu des symptômes dépressifs non traités lors du changement de milieu de vie ou bien est-ce strictement relié à une perte additionnelle de pouvoir et à une diminution de son rôle dans la société ? Nous avons la conviction que le développement de traitements à domicile privilégiant le maintien dans le milieu de vie de la personne âgée est nettement à favoriser auprès de ce groupe de la population.

D'ailleurs, dans un avenir rapproché, et ce d'un point de vue sociologique et démographique, le maintien dans le milieu de vie ne sera plus une question de choix, mais une réalité avec laquelle la personne âgée devra composer. L'inversion de la pyramide des âges et l'augmentation de l'espérance de vie font que ce groupe de la population est en forte croissance. Ce groupe est parfois confronté à une pénurie de services de santé et de services sociaux et à un réseau de soutien à domicile fragile. Qui plus est, des études que nous citerons ultérieurement, estiment que de nombreuses personnes âgées ont des problèmes de santé mentale. Selon ces études, la dépression et les troubles d'anxiété et neurologiques sont parmi les désordres mentaux les plus souvent rencontrés chez celles-là. Par ailleurs, le taux de suicide serait alarmant particulièrement chez les hommes veufs de 75 ans. Il est donc à prévoir qu'une augmentation des demandes de services psychiatriques rattachés au vieillissement se fera sentir durant les prochaines années. Nous croyons que dans ce contexte l'offre de service de traitements

psychothérapeutiques, dont l'art-thérapie à domicile, sera capitale afin de pallier le nombre restreint de services disponibles.

En ce sens, plusieurs auteurs dont il est sera fait mention dans le présent travail de recherche, développent de nouvelles perspectives théoriques quant au traitement psychothérapeutique des personnes âgées. Ils documentent, par leurs recherches, la pertinence de l'intervention psychothérapeutique et son efficacité auprès de cette population et combattent ainsi les préjugés défavorables à l'intervention clinique. La personne âgée est capable d'introspection et la production d'images témoigne, d'une façon significative, du processus psychique qui se manifeste. Être présent aux personnes âgées en détresse, c'est assister l'être humain dans ce moment unique où le sens de la vie se manifeste dans la dualité vie-mort, ses deux forces se côtoyant à tous les instants. Rencontrer une personne âgée, c'est désirer s'ouvrir à sa propre vie et recevoir cette quête de sens. Sgalambro, auteur d'un traité de l'âge (2001) s'est intéressé au phénomène du vieillissement. Il affirme que « le vieillard est plus fort que le jeune homme. Il ne faut rien moins que la mort pour le détruire » (p. 38).

La présente recherche est divisée en quatre chapitres. Le premier chapitre situe le cadre théorique qui étaye la pratique de la psychothérapie à domicile auprès des personnes âgées. Les phénomènes de la dépression et du suicide seront abordés et la problématique du vieillissement prise en considération. Les nouvelles perspectives théoriques quant à l'efficacité de la pratique de la psychothérapie auprès des personnes âgées seront également exposées. Le deuxième chapitre traitera des caractéristiques

inhérentes à la pratique de l'art-thérapie en tant que traitement psychothérapeutique, de ses diverses applications gériatriques et, enfin, des études qui se rapportent à cette pratique seront présentées. Nous identifierons dans ce chapitre les facteurs essentiels à la mise en place d'une pratique art-thérapeutique. Le troisième chapitre traitera du déroulement de la recherche et de l'analyse des résultats. La méthodologie ainsi que le choix des paramètres de mesure seront décrits et les résultats obtenus à l'aide des deux outils de mesure seront analysés. Nous y retrouvons également des observations cliniques. Enfin, au chapitre 4, nous présenterons des vignettes cliniques ainsi que des exemples d'application de l'accompagnement art-thérapeutique dans des contextes différents de suivis individuels. En conclusion, nous examinerons l'intérêt particulier des résultats de cette recherche et nous élaborerons, bien que sommairement, d'autres pistes de recherche concernant l'art-thérapie pratiquée à domicile.

## **CHAPITRE I - PSYCHOTHÉRAPIE ET TROISIÈME ÂGE : RÊVE OU RÉALITÉ ?**

« Late life is a unique developmental phase with its own values, attitudes, and psychological tasks ». (Erikson, 1986)

Ce premier chapitre porte sur la pratique de la psychothérapie auprès des personnes âgées. Il y sera question de la problématique du vieillissement, de l'incidence de la maladie mentale, des phénomènes de la dépression et du suicide chez les personnes âgées. Certains préjugés quant à l'efficacité de la psychothérapie auprès des personnes âgées existent et influencent les perceptions des professionnels de la santé, de la population en général et des personnes âgées elles-mêmes. Ce chapitre comprend également une revue de la littérature traitant de l'intervention psychothérapeutique auprès des personnes âgées et on y abordera les nouvelles perspectives psychothérapeutiques qui pointent en gériatrie, dont le rôle spécifique de l'intervention à domicile.

Nous assistons depuis quelques années à une recrudescence de l'intérêt pour la pratique de la psychothérapie auprès des personnes âgées. Désormais, la pratique de la psychothérapie gériatrique repose sur des arguments théoriques qui questionnent les croyances populaires antérieures. Ces arguments démontrent la pertinence d'intervenir et fournissent des pistes de réflexion pour agir sur les problématiques sociales souvent inhérentes au vieillissement de la population, à savoir des services inadéquats, l'isolement et l'absence de traitement de la dépression, un taux de suicide inquiétant depuis une quinzaine d'années, en Amérique du Nord, dans ce groupe d'âge. Le présent chapitre situera donc en premier lieu les problèmes liés au vieillissement et les troubles mentaux s'y rattachant avec une attention particulière portée à la dépression. Et tout en

démontrant l'efficacité de la psychothérapie auprès des personnes âgées, nous plaiderons, dans un deuxième temps, pour le développement d'une pratique à domicile qui puisse faire de ce lieu un milieu thérapeutique privilégié d'intervention.

### **1.1 Problématique du vieillissement et incidence sur la santé mentale**

Le vieillissement est un stade de la vie qui fait appel à des facultés inouïes d'adaptation à cause des multiples pertes que les personnes âgées doivent affronter : perte d'autonomie, pertes d'êtres chers, perte de revenus, rétrécissement du rôle social et du cercle d'amis. C'est aussi à ce moment qu'apparaissent souvent les maladies, chroniques et autres. Le vieillissement confronte alors à la réalité irrévocable de l'impuissance, de l'isolement et parfois à un sentiment d'inutilité. Cette réalité ouvre la voie aux phénomènes de la somatisation (par déplacement) qui sont souvent le creuset indéniable de la dépression ou de l'anxiété éprouvée par les aînés. Selon Tremblay (1995), il est fréquent d'entendre des patients souffrant de dépression se plaindre de douleurs physiques. Gerner (1979) traite de ce qu'il nomme « masked depressions ». Il écrit : « Usually the patient presents a multitude of somatic complaints that do not respond to symptomatic treatment » (p. 102). Les conversations entre personnes âgées témoignent de ce déplacement, car elles parlent davantage de leurs maladies que de ce qu'elles ressentent ; et pourtant, nous savons que « le corps ne peut guérir si l'esprit est souffrant » (Gibson, 1994, p. 47).



Outre la somatisation, parmi les facteurs de risques prédisposant au développement de troubles mentaux, le deuil demeure l'expérience la plus éprouvante pour la personne âgée (Amyot, 1996 ; Champagne et al, 1992 ; Mishara et Riedel, 1984). La personne âgée est parfois la seule survivante d'une époque dans son environnement familial et social. Le deuil non accepté se transforme au fil du temps en états dépressifs permanents. La diminution des forces physiques et, souvent, la rareté des contacts sociaux isolent la personne et peuvent devenir un problème difficilement surmontable. Selon une étude de Santé et Bien-être Social Canada (1991), le taux de morbidité à la suite du décès du conjoint est très élevé durant les trois mois suivant celui-ci, particulièrement chez les hommes.

De plus, le renoncement aux investissements de la vie chez la personne en perte d'autonomie contribue aussi à l'accroissement des sentiments dépressifs. La théorie du désengagement élaborée par Amyot (1996) ainsi que par Mishara et Riedel (1984) expliquerait le rétrécissement du pouvoir décisionnel de la personne âgée avec l'avancement en âge. Le partage de ses biens, le resserrement de son cercle d'amis, la diminution de ses activités sociales sont des exemples de dépossession. Gibson (1994) compare l'exemple du *Cabin fever* des marins au vécu des personnes âgées. Elle écrit : « Confinement, in itself, is a cultural chock. *Cabin fever*, a reaction to restricted living space, has been reported by healthy pioneers. Strapping ship bound sailors suffers from feelings of isolation when no shores are in sight » (p. 44). Ce même auteur souligne que la personne âgée ne peut accéder à l'actualisation de soi tant qu'elle ne redécouvre pas un nouveau rôle ou un intérêt à vivre. Les réalités vieillissement-maladie-mort représentent

très souvent le tableau dans lequel la personne âgée évolue. Confinée à domicile, elle vit des sentiments d'impuissance, de peur, et parfois de désespoir. Ces sentiments augmentent lorsque le placement ou l'hospitalisation survient. Pour Le Gouès (2000), vieillir « c'est se retrouver dans la position du marin qui écope quand le temps se gâte » (p. 26). Le délestage est un exemple, au sens figuré, évoqué par cet auteur qui affirme que « psychiquement, le sujet vieillissant est mis en demeure de se délester des objets perdus, parce que ceux-ci l'alourdissent » (p. 46). La personne âgée, éprouvée par les multiples pertes, est ébranlée et sa capacité à conserver et maintenir une relation significative avec les objets externes s'en trouve altérée. Le Gouès (2000) affirme que les deuils multiples créent au sens figuré une hémorragie interne. En bout de piste, la personne perd le désir de réinvestir dans de nouvelles relations ou dans des activités, car sa vie n'a plus de sens. L'« anémie narcissique » qui se développe, selon cet auteur, ne peut être réparée sans l'aide d'un tiers afin de contrer le mouvement narcissique déficitaire. Enfin, mentionnons que l'insécurité financière, la diminution des revenus, les déficits sensitifs (visuels et auditifs), la faible scolarité, le stress de la vie courante, la consommation à long terme de médicaments (psychotropes) et les facteurs génétiques augmentent les probabilités d'apparition de troubles mentaux.

Le vieillissement de la population conjugué aux effets du virage ambulatoire et à l'augmentation de l'espérance de vie font en sorte que de plus en plus de personnes âgées sont confinées à domicile dans des conditions de vie précaire. À la suite des transformations actuelles du réseau de la santé au Québec, les services à domicile devraient connaître un essor important dans les prochaines années. Ces transformations

auraient pour effets de faire du placement dans un centre d'hébergement de soins de longue durée une alternative de dernier recours. De plus, le raccourcissement de la durée de séjour en centre hospitalier risque de causer une augmentation des sentiments d'insécurité et d'impuissance éprouvés par les personnes âgées. Le manque de ressources disponibles permettant de faire place à la dimension psychologique du vieillissement se fera sans doute sentir avec plus d'acuité. Les effets indéniables de ces transformations auront un impact sur la qualité de vie des personnes demeurant à domicile. L'avenir relève en partie de la créativité des professionnels et de leurs capacités à composer, à domicile, avec des situations de plus en plus complexes et inusitées. La précarité du maintien à domicile de certains clients âgés n'est souvent vue que comme une «urgence sociale » et non comme relevant plus largement de certains choix de société, d'une charité humaine et enfin d'une qualité de vie.

## **1.2 Dépression et suicide chez les personnes âgées**

L'isolement, le rétrécissement du cercle d'amis, les deuils multiples, la perte d'autonomie et l'apparition de maladies physiques, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, ont pour conséquences d'augmenter les facteurs de risques psychologiques prédisposant à l'apparition de la dépression (Amyot, 1996 ; Champagne et al, 1992 ; Mishara et Riedel, 1984 ). La personne âgée a l'impression de vivre à l'extérieur de sa propre vie et de ne plus avoir de pouvoir sur celle-ci. Cette situation est propice à l'apparition de symptômes dépressifs. Selon un rapport de Santé et Bien être Social Canada (1991), les maladies mentales affectent approximativement 25 % de la

population âgée. La dépression, l'anxiété et les maladies dégénératives cérébrales sont les trois principaux troubles mentaux rencontrés chez les personnes âgées (Gerner, 1979).

L'incidence des symptômes dépressifs chez les personnes âgées demeurant dans la communauté est évaluée à 15 % et la dépression majeure à 4 % (Lovestone & Howard 1996). Les risques de dépression augmentent durant la première année suivant le décès du conjoint, principalement chez les hommes, selon Santé et Bien être Social Canada (1991). Par ailleurs, Amyot (1996) affirme que ces résultats sont aléatoires, car la dépression chez les personnes âgées n'est pas toujours diagnostiquée et traitée, l'accès à des services psychothérapeutiques est rare, et dans plusieurs cas, inexistant. La présence d'éléments dépressifs sous-jacents à la demande initiale d'hébergement pourrait être la conséquence du changement de milieu de vie. Selon Lovestone et Howard (1996), les motifs qui expliqueraient la différence significative entre l'incidence de la dépression chez une personne qui réside dans la communauté et celle qui réside dans une résidence ou milieu protégé sont les suivants :

To some extent the elderly living in the community represent a healthy survivor population, and those in residential and nursing homes represents a population selected for increased physical morbidity and psychiatric vulnerability. In others words depression may have been one of the cause for a move to a residential care setting. (p. 5)

Selon ces deux auteurs, le quart des suicides dans la population américaine serait attribuable aux personnes âgées. La consommation d'alcool, les deuils, l'isolement et l'ennui sont des facteurs précipitants. Le veuvage constitue un facteur de risque majeur;

le taux de suicide est anormalement élevé chez les hommes dans les trois mois suivant le décès de la conjointe. La prédominance du taux de suicide chez les personnes âgées est à la hausse (Amyot, 1996 ; Lesage, 1996 ). Au Québec, le suicide touche près de 27,1 % des hommes et 6,4 % des femmes dans le groupe d'âge des 65 à 74 ans. Le taux de suicides réussis est supérieur à celui des jeunes, car il atteindrait près de 25 %. En France, une récente étude de Tessier (2000) indique que le taux de suicide est remarquablement élevé chez les hommes de 75 ans et plus. Il est quatre fois supérieur au taux prévalant chez les femmes dans le même groupe d'âge. Toujours en France, le tiers des suicides touche les personnes âgées de 65 ans et plus et il serait de dix fois supérieur aux autres groupes d'âge, à l'exception des 15 à 24 ans qui obtiennent un taux similaire. Au Québec, le même phénomène est observé par Vézina, Cappeliez & Landreville (1994) : « Un des groupes d'âge chez qui la progression du suicide a été la plus rapide est celui des 70 ans et plus, le taux de suicide pour 100,000 habitants passant de 2,8 en 1965 à 7,4 en 1975, pour atteindre 17,8 en 1985» (p. 352) . Quant aux suicides masqués (non déclarés), Lovestone & Howard (1996) et Tessier (2000) soulignent que ceux-ci contribueraient à une augmentation considérable des chiffres cités. Il est connu que des pressions sociales s'exercent afin d'identifier une autre cause de décès que celle du suicide. Un autre auteur, Groulx (2001), corrobore ces chiffres sur les suicides masqués et constate que le taux de réussite augmente avec l'avancement en âge. Ce phénomène social est alarmant à notre avis.

Amyot (1996) considère que si la dépression est diagnostiquée, différents traitements de la dépression sont possibles. Il souligne l'importance d'une évaluation

médicale méticuleuse qui doit comprendre l'analyse de certains médicaments pouvant engendrer la dépression tels les anti-hypertenseurs, les interactions médicamenteuses néfastes à l'activité centrale du cerveau et différents types de maladie qui impliquent des symptômes proches de la dépression majeure. Un diagnostic différentiel doit alors être posé avant de conclure à la présence d'une dépression. Quand le diagnostic de dépression est posé à la suite de l'évaluation médicale, un traitement pharmacologique est dans la plupart des cas requis. Comme autres traitements, Smith (2001) préconise le recours à la sismothérapie (ECT) et ce, malgré les préjugés qui s'y rattachent, car elle offre néanmoins dans plusieurs cas d'excellents résultats. Malgré les effets secondaires qu'il provoque (pertes de mémoire et amnésie des faits récents), Smith (2001) affirme que : « It is now a safe and effective treatment for a wide range of mental illness » (p. 79). Les techniques actuelles d'induction de chocs électriques se sont améliorées au fil du temps et respectent un protocole d'administration rigoureux. C'est pourquoi cet auteur relance l'utilisation thérapeutique de la sismothérapie, car il considère que celle-ci présenterait des effets secondaires moins néfastes que la médication habituellement prescrite. Enfin, les psychothérapies relevant de différentes approches cliniques (cognitivo-comportementale, psychothérapie brève, thérapies psychosociales psychodynamiques, thérapies sociales, psychothérapie psychanalytique, psychothérapie de remémoration) complètent les méthodes de traitement pharmacologique. D'après Amyot (1996), la combinaison d'un traitement pharmacologique et psychothérapeutique donnerait les meilleurs résultats.

Le diagnostic de la dépression pose néanmoins un dilemme clinique selon Kleerman (1976). Deux catégories de symptômes sont identifiées par cet auteur. Les premiers sont d'ordre cognitif: tristesse, réduction de l'intérêt ou du plaisir dans presque tous les champs d'activités, autocritique excessive, diminution de la capacité de penser, de se concentrer ou de prendre des décisions. Les deuxièmes se situent au niveau neurovégétatifs : augmentation ou diminution du poids (au moins 5 % de la masse corporelle), insomnie ou hypersomnie et ce, presque tous les jours, ralentissement psychomoteur ou agitation psychomotrice, fatigue, baisse d'énergie. Il doit y avoir présence d'au moins cinq de ces symptômes dont la tristesse ou la diminution de l'intérêt afin d'établir un diagnostic de dépression majeure. En plus, ces symptômes doivent être présents depuis au moins quinze jours, pratiquement tous les jours et durant toute la journée. Certaines maladies, telles un accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson, un dysfonctionnement de la glande thyroïde, la maladie de Cushing's ou de Huntington's sont aussi susceptibles d'accroître les risques de dépression. Les maladies chroniques ont également des conséquences psychologiques : « Chronic illness in the elderly also contributes to depression indirectly through restriction of mobility, increased dependence on others and by causing chronic pain or discomfort » (Lovestone et Howard, 1996, p. 11).

D'autres éléments méritent d'être pris en compte ; pour les hommes, par exemple, l'absence d'un confident est le facteur le plus important dans le développement de la dépression. Les risques d'épuisement sont aussi des facteurs précipitants chez des aidants. La présence de dépression, particulièrement chez les aidants d'un conjoint atteint

de la maladie d'Alzheimer, est très importante. En plus, les semaines qui suivent un deuil et les dates anniversaires de décès constituent une période de haut risque d'épisode dépressif. L'histoire de vie de la personne révélant le vécu d'événements traumatisants tels que la mort d'un enfant, les abus physiques ou psychologiques, l'existence d'une histoire psychiatrique familiale, et d'épreuves vécues au cours de l'existence sont aussi des facteurs qui peuvent mener à la dépression. Lovestone et Howard (1996) affirment que la perte de la dignité et du rôle social chez la personne âgée est plus significative que la chronicité de la maladie en elle-même dans l'étiologie de la dépression. Les aspects qui touchent à la perte de l'intimité reliée aux soins de base de la personne influenceraient l'apparition des symptômes. Ces auteurs considèrent que la peur de l'échec ou d'être un poids pour autrui joue un rôle plus important que la maladie sur les symptômes dépressifs.

Altshuler (1985) et Twining (1988) et ont estimé que l'incidence de la dépression sévère serait de 5 % et celle de la dépression légère d'environ 20 %. Gerner (1979) évalue, en général, à un peu plus de 30 % l'incidence des troubles mentaux chez la population âgée. Il affirme que la moitié des patients en clinique externe de psychogériatrie éprouvent des problèmes de dépression. La fiabilité de l'ensemble de ces statistiques est cependant discutable, car le dépistage des symptômes demeure problématique. Par exemple, la dépression majeure peut suivre l'apparition d'une maladie chronique et son diagnostic ne sera jamais posé; ou encore, le retrait social d'une personne peut également refléter de tels sentiments. Par ailleurs, beaucoup de personnes âgées n'expriment pas leur sentiment de tristesse et de découragement afin d'éviter des inquiétudes à leur réseau d'entraide. Dans les cas où les aidants sont les enfants de la



personne, la vision d'un parent malade est difficile à admettre et ce, plus particulièrement, dans le cas de troubles mentaux. La répression de ces sentiments influence les diagnostics posés en santé mentale.

Gurland, Wilder et Copeland (1985) ont étudié l'incidence de symptômes dépressifs chez un groupe de personnes âgées de plus de 65 ans demeurant à domicile dont une partie réside à New York (n=445) et l'autre à Londres (n=396). L'étude portait sur une forme de dépression dont les symptômes s'apparentent à la dépression majeure et qu'ils ont qualifié de «pervasive ». Gurland, Wilder et Copeland (1985) ont retenu les critères suivants pour établir leur diagnostic:

At least one from two of following sets:

- Depression last whole day or longer
- Cries or feels like crying, often
- Depression is bothersome and not easily shaken off
- Future looks bleak or unbearable
- Can't stop worrying - worry is disproportionate to cause
- Looks depressed through much of interview
- not taken into consideration
- Depression lasts only a few hours - can snap out of it
- Occasional low days
- Worried about specific problems - can turn mind to other things
- Cries only when a particular event or situation is discussed
- Future looks empty. (p .445)

Les résultats obtenus ont indiqué que plus de 52 % des personnes présentent ce type de dépression dont 67 % nécessiteraient un traitement psychiatrique. Les auteurs soulignent que la prévalence de la dépression «pervasive » est un indicateur significatif du besoin d'intervention. En plus, cette étude a démontré une insatisfaction face aux services reçus en psychiatrie chez le mince échantillon qui en recevait, et que les

médecins de pratique privée traitaient davantage les personnes dépressives que toute autre ressource spécialisée en psychiatrie. Ces résultats confirment le point de vue de Amyot (1996), de Cohen (1985), de Gurland et al. (1985) et de Lovestone et Howard (1996), à savoir que la dépression n'est traitée, dans la plupart des cas, qu'en cabinet privé, chez le médecin, et dans les services de psychiatrie des centres hospitaliers, ceci lorsque la personne âgée présente un dysfonctionnement majeur sur le plan comportemental. Peu ou pas d'interventions psychothérapeutiques sont prévues dans les plans de traitement.

Trop de personnes âgées demeurent sans aide face à leur inquiétude, leur anxiété et leurs sentiments dépressifs. Le glissement vers la dépendance, la perte d'autonomie est difficile à supporter. Les services actuels ne permettent pas au personnel soignant auprès des personnes âgées d'avoir un temps d'écoute pour permettre l'expression de ce malaise psychique. Comme nous le mentionnions dans l'introduction, la politique de la santé mentale au Québec (1998) ne reconnaît pas l'urgence d'intervenir auprès des aînés.

Pourtant la détresse psychologique des personnes âgées a un impact sur le nombre des visites à l'urgence d'un centre hospitalier. Amyot (1996) observe que « trop fréquemment la dépression majeure n'est pas reconnue et, du même coup, non traitée, ce qui a pour effet d'accroître les taux de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées, en plus d'augmenter la durée des séjours dans les hôpitaux » (p. 228 ). De plus, Melcher (1988) croit que les services à domicile deviennent des services auxiliaires hospitaliers au détriment d'une organisation des services davantage axée sur les besoins psychologiques de la personne âgée. L'insécurité est nettement plus grande chez les personnes âgées en

perte d'autonomie, car leur survie dépend des critères d'allocations de services des établissements, de leur admissibilité à des services communautaires et du réseau d'aide naturelle disponible. Au Québec, le nombre de visites à l'urgence n'a pas vraiment diminué malgré le virage ambulatoire. Gerner (1979) soutient que près de la moitié des admissions de personnes âgées de plus de 65 ans en service de psychiatrie ont pour causes des troubles de dépression et il affirme que le tiers des personnes âgées de plus de 60 ans et demeurant dans la communauté souffriraient de troubles dépressifs.

### **1.3 Psychothérapie et troisième âge : des préjugés à combattre**

De multiples facteurs affectent la popularité de l'intervention psychothérapeutique auprès des personnes âgées. Crosson (1976) s'est particulièrement intéressé à cette question. Il explique l'impopularité de l'art-thérapie comme modalité d'intervention en pratique gériatrique par le phénomène de l'âgisme<sup>1</sup> qu'il décrit ainsi :

Ageism is frequently an attempt on the part of the younger person to protect himself from the facts of ageing and also avoid the social and economic problems presented by the growing numbers of old people. Ironically, old people share these prejudices. (p. 51)

Selon Crosson (1976), l'âgisme affecterait la motivation des professionnels face à leur engagement. Le « père » de la psychanalyse, Sigmund Freud, a influencé considérablement l'intérêt professionnel pour la pratique de la psychothérapie avec ce

---

<sup>1</sup>“Ageism, a word coined by Robert N. Butler and Myriam Lewis to label this bias, refers to the prejudices and stereotypes that are applied to the elderly solely on the basis of age”. (Crosson,1976, p.51)

groupe d'âge; Cohen (1985) explique que Freud a restreint l'émergence d'intérêts professionnels des thérapeutes auprès des personnes âgées en postulant que les «vieilles personnes » ne sont pas traitables et que leur thérapie serait prolongée indéfiniment. Freud croyait que leur capacité d'analyse et d'introspection est limitée après cinquante ans. Cette croyance persiste au sein de plusieurs pratiques professionnelles. De nombreux préjugés sont véhiculés dans notre société face aux personnes âgées. La croyance en la capacité résiduelle de changement de la personne âgée est faible. L'expression de leur angoisse, selon Brody (1999), est souvent évitée et non considérée. Dans notre pratique professionnelle, nous avons observé que nous sommes parfois le témoin passif d'une détresse non prise en compte et d'un désarroi du personnel soignant devant cette situation. Cependant, recueillir cette soif de vivre et cette difficulté d'être, peut s'avérer une voie pour apprivoiser l'inconnu et connaître le sens de l'existence humaine. Le point de vue philosophique de Sgalambro (2000) démontre que le vieillard incarne en lui-même le passage du temps et que la négation du temps est en quelque sorte une attitude présente chez la personne plus jeune. Ainsi, l'univers de la personne âgée exige l'apprivoisement de notre propre vieillissement et de nos propres velléités face à celui-ci. L'examen de nos préjugés envers cet âge de la vie est donc un préalable au travail clinique de l'art-thérapeute. Newton et Jacobowitz (1999) croient que notre expérience personnelle influence ainsi la nature du travail thérapeutique à accomplir : « Willingness to recognise and sit with one's own fears and anxiety about ageing and death, as they emerge and change throughout life, is crucial to effective psychotherapy with the elderly » (p. 30). Ainsi, est-il important pour tout thérapeute d'être conscient de son propre contre-transfert vis-à-vis ces problématiques.

Le phénomène du transfert et du contre-transfert dans la relation thérapeutique auprès des personnes âgées a été étudié par Newton et Jacobowitz (1999). Ces auteurs considèrent que « any psychotherapeutic process is fundamentally grounded in the personal connection between the client and the therapist » (p. 37). Ils affirment que la responsabilité du thérapeute est de demeurer attentif aux réactions transférentielles du client envers lui-même et à ses propres réactions en tant que thérapeute face à celui-ci. Ils estiment que plusieurs obstacles interfèrent avec cette tâche difficile à accomplir car le travail clinique requiert une approche introspective de ses réactions personnelles face au client. Comprendre ses propres réactions demeure un outil précieux pour établir la base de la relation thérapeutique :

Awareness of transference and countertransference processes provides a rich source of information about each individual as well as the interactions between therapist and client it is often the basis of a healing relationship for the client and, sometimes in the process, a part of personal growth for the therapist. (p. 37)

Pour Newton et Jacobowitz (1999), le rôle de la réaction transférentielle et la complexité du processus de transfert observés chez les personnes âgées ne se distinguent pas significativement de ce même rôle et processus vécus par les autres générations. Je cite ces deux théoriciens : « The therapist self-awareness can cut through the client's avoidance of often unspoken, painful issues and provides common ground for mutual respect » (p. 30). Le pouvoir de la relation thérapeutique peut être attribuable à la qualité de la relation client/thérapeute :

The therapist facilitates restitution by providing the specific functions essential to a cohesive sense of self that the client can no longer sustain on his or her own. These functions are mirroring, idealising, and twinship. In idealising the transference, the clients merger/connection with a strong self-object. The therapist provides a sense of safety and security that evokes /sustains self-structure. (p. 33)

Ainsi, le processus psychodynamique dans le cadre de la relation thérapeutique auprès des personnes âgées, toujours selon eux, est aussi intense et significatif qu'auprès des plus jeunes. Il implique une capacité d'introspection importante du thérapeute et sa « foi » en la capacité de changement de la personne âgée. Intervenir auprès des personnes âgées nécessite l'appivoisement de sa propre vieillesse, a-t-on dit, mais aussi le rappel de ses propres expériences avec ses aînés et l'accompagnement inévitable de personnes en période de fin de vie. Par ailleurs, d'après Amyot (1996) et Mishara & Riedel (1984), l'exploration intérieure chez la personne âgée est facilitée par l'assouplissement et le relâchement des défenses reliées à l'avancement en âge. Ils affirment que les conflits latents non résolus cherchent souvent une issue afin de préparer une mort sereine.

Les nouvelles perspectives théoriques de la pratique de la psychothérapie auprès des personnes âgées seront explorées au point suivant et permettront de mettre en relief la richesse du processus psychodynamique du sujet vieillissant.

#### 1.4 Perspectives nouvelles en psychothérapie auprès des personnes âgées

Les perspectives théoriques tant au niveau psychanalytique qu'au niveau humaniste de la pratique de la psychothérapie auprès des personnes âgées ont nettement évolué depuis les dernières années. L'efficacité d'un traitement intensif en psychothérapie auprès de clients très âgés (80 ans et plus) est de plus en plus documentée dans la littérature, selon Newton et Jacobowitz (1999), et ce contrairement aux croyances populaires en l'incapacité d'introspection de la personne âgée.

Plusieurs auteurs (Brody, 1999 ; Butler, 1963 ; Weishaar, 1999 & Zeiger, 1975) affirment que la personne âgée ressent très souvent le besoin intrinsèque de faire une révision de sa vie. Ce type d'intervention vise à reconstituer le sens de son existence, à rétablir sa propre valeur narcissique et à résoudre, dans certains cas, des conflits encore latents. Cette approche dite de *réminiscences et d'histoires de vie* constitue à notre avis une des particularités de l'intervention psychogériatrique. Elle peut s'actualiser dans le cadre d'une intervention thérapeutique individuelle ou de groupe et consiste à reconstituer l'histoire de la personne âgée à travers les étapes importantes de sa vie telles que l'enfance, l'adolescence, le mariage, l'arrivée des enfants, et les moments vécus de bonheur et les difficultés. L'adaptation de cette méthode d'intervention est aussi réalisable auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs d'après Sezaki & Bloomgarden (2000) et Wald (1983, 1984, 1986, 1986). Brody (1999) parle ainsi de l'accompagnement de personnes âgées en fin de vie : « Working with elders near the end

or their lives often involves therapists in a subtle preparation for their own death » (p.102). L'espoir que la vie peut s'améliorer est un antidote à l'absence du sens de la vie. Il croit que « to be without hope for the future is to believe that life cannot improve » (p.103).

Brody (1999) a approfondi la question de la quête de l'espoir et la recherche du sens de la vie avec des personnes d'un âge avancé. Il s'est penché sur l'importance que plusieurs personnes âgées accordent au sens de leur propre vie : « The lack of meaning in the client's life may be manifested as boredom or apathy, an existential frustration, but this can be the challenge, and engaging the client to find meaning becomes the task » (p. 92). Selon lui, l'adhésion du thérapeute au point de vue existentialiste affirmant que l'être humain est toujours en « devenir » et en processus de résolution de crise est une condition préalable au travail avec cette clientèle. Par ailleurs, Brody (1999) croit que l'attitude du thérapeute face au client âgé ainsi que la qualité de présence sont des aspects primordiaux à la réussite du traitement : « Simply being *present* and not looking to the future may be the answer in some cases » (p. 94). Le but poursuivi serait alors d'aider la personne à regagner son authenticité et le sens de sa valeur : « The therapist is not simply a *reflector* but an alive person, concerned with understanding and experiencing the being of the client » (p. 95). Il croit que la psychothérapie peut être efficace dans tout milieu d'intervention et il pose d'emblée ce qui suit: « Most important is the evolving realisation that meaningful psychotherapy can be accomplished with older adults wherever they are found : in nursing homes, in senior residences or community centres, as well as in private practice settings » (p. 96). Ainsi, le traitement psychothérapeutique



est non seulement possible, mais il offre des perspectives de traitement intéressantes et dans plusieurs milieux d'intervention.

Le Gouès (2000) propose quant à lui une avenue thérapeutique nouvelle : la relance narcissique du patient âgée. Cet auteur s'est intéressé à ce qu'il nomme « la clinique tardive ». Devant l'importance du nombre de patients âgés dans un département de psychiatrie où il travaillait, en France, il a exploré la possibilité que les sujets vieillissants puissent bénéficier d'une analyse et ce, contrairement aux positions de Freud qui questionnait l'investissement thérapeutique avec l'avancement en âge. Ce psychanalyste français s'est penché sur ce qu'il nomme « la genèse tardive du moi » . Pour cet auteur, la psychanalyse peut favoriser la restauration de l'équilibre d'un moi fragilisé. Il croit en la capacité de changement du sujet vieillissant et il pense qu'un accompagnement thérapeutique réussi débute par l'appréciation de la capacité résiduelle d'investissement de la personne âgée. Il considère que « l'appareil psychique évolue plus par des crises successives que par des crises linéaires » (p. 9). Selon le modèle psychodynamique, la tension entre le moi et le ça est issue du processus du vieillissement lui-même, car Le Gouès (2000) affirme que l'appareil psychique entre dans un conflit de finitude, un conflit topique entre « le moi qui sait qu'il va mourir et le ça qui l'ignore » (p. 99). Le renforcement du moi constitue l'essentiel du travail analytique à accomplir. D'après cet auteur, un vieillissement positif découle de la capacité du moi à supporter la perte de la jeunesse et l'imminence de la mort sans en être mentalement paralysé. Une nouvelle fécondité créatrice est alors possible. La sublimation réussie lors de l'engagement du patient dans le processus thérapeutique permet alors de favoriser le

« ravitaillement narcissique » du patient âgé. La sublimation est alors le meilleur moyen dont dispose l'appareil psychique pour lutter contre les effets négatifs de la perte. Par exemple, lorsque les talents du client sont réinvestis dans le présent, nous assistons à la transformation positive d'une pulsion qui, selon Le Gouès (2000), permet de restaurer le narcissisme sain de la personne. Le sujet prend en main la création de sa propre vie. Ce même auteur affirme que « le gain apporté par l'œuvre à accomplir permet de contrebalancer [...] l'*anémie narcissique* qui le fait souffrir » (p.37).

Le traitement psychothérapeutique des personnes âgées qui présentent des déficits cognitifs est aussi possible. Nombreux sont les auteurs (Brody, 1999 ; Duffy, 1999 ; Grégoire, 1998 ; Kahn-Denis, 1997; Le Gouès, 1991 ; Sezaki & Bloomgarden, 2000 ; Wald, 1983, 1984, 1986, 1986) qui ont étudié cette question. Le rôle de soutien du thérapeute face à un *self* en voie de désintégration est primordial. Newton et Jacobowitz (1999) définissent le self comme suit : « The self may be define as an experienced constancy formed in early childhood that constitutes a coherent, vital core of personality » (p. 33). Le Gouès (1991) quant à lui fait référence à la technique de l'*étayage* : le patient atteint de déficit cognitif tente de prendre appui sur un tiers pour conserver une constance de son moi. Cette technique consiste à aider le patient (en partant de ses capacités résiduelles) à conserver une relation d'objet acceptable et à maintenir une continuité narcissique. Pour Le Gouès (1991), la perte de la relation d'objet existante antérieure à la maladie et dont la conséquence est la discontinuité narcissique, est un drame pour la personne atteinte de déficit cognitif, car ses repères habituels ne fonctionnent plus aussi bien. L'auteur poursuit en écrivant que « le modèle le plus

vraisemblable est donc celui d'une sélection réciproque : chacun des protagonistes choisit dans sa production mentale ce qui peut faire l'objet d'un échange » (p. 133) L'art du thérapeute est de trouver ce fil conducteur qui relie le client à sa vie et de pallier ses déficits par une implication non conforme aux standards de la pratique habituelle de la psychothérapie en conservant une proximité affective avec le client, en le rassurant dans sa capacité résiduelle d'intégrer son vécu immédiat, en somme, en adaptant son intervention clinique. Ce rôle d'ajustement et de fonction auxiliaire du moi assumé par le thérapeute représente une caractéristique de l'intervention et constitue un défi clinique majeur. Ce théoricien dégage un point de vue particulier en introduisant le concept de *psycholyse* dans lequel le thérapeute devient le moi auxiliaire du patient. L'essentiel du travail thérapeutique est de tenter de remédier aux lacunes de l'organisation psychique pour maintenir, à travers le langage symbolique, ce qui peut demeurer *vivant* et *significatif* pour le patient âgé.

Brody (1999) croit qu'il existe d'autres stratégies de traitement possibles pour toutes les phases de la maladie d'Alzheimer et pour d'autres formes de démence. Pour lui, « an existential approach requires a therapist with an outlook of hopefulness applying these strategies » (p. 101). Il ajoute que le rôle du thérapeute est le suivant : « Clarify for the client his own power of will and decision without directing him in a direction or another » (p. 100). Par ailleurs, Duffy (1999) a lui aussi étudié la méthode de traitement psychothérapeutique de la personne âgée éprouvant des déficits cognitifs. Il évoque l'abandon « émotif » des multiples intervenants auprès des personnes ayant perdu l'usage de la parole et il expose différentes stratégies compensatoires. Il ne cesse de souligner

l'importance de demeurer présent à l'univers émotionnel du patient âgé : « Many channels remain open to provide psychological presence to the patient » (p. 581). La communication sans l'usage du langage peut être compensée par la présence affective du thérapeute. La production par l'image de figures simples illustre souvent la capacité résiduelle du sentiment de congruence de la personne. Pour Grégoire (1998), l'usage de l'art-thérapie peut s'avérer un outil de communication fort important pour les personnes atteintes de troubles de la mémoire. Il s'est intéressé au phénomène de l'imitation et de la *mimèse* dans le traitement des personnes âgées éprouvant des troubles de la mémoire et ce, à des stades différents de la maladie. L'imitation et la *mimèse* sont parmi les premiers mécanismes relationnels de l'enfant, dira-t-il, selon les étapes de développement de Piaget. L'imitation réfère à l'apprentissage par modèle et la *mimèse* au fait de reproduire un comportement en mimant les gestes. Dans sa recherche, il demandait à des sujets de reproduire une figure simple selon un modèle réel (imitation) et à d'autres de reproduire l'image en même temps que le chercheur exécutait celle-ci. Les résultats obtenus ont indiqué que plus de 62 % des sujets répondent à des consignes simples lorsqu'elles sont initiées soit par le thérapeute, soit par le mime ou soit reproduites par l'imitation d'un modèle. Dans l'échantillon étudié, plus de 32 % des sujets étaient capables d'exécuter la consigne demandée verbalement tandis que près de 16 % étaient incapables de répondre à aucune des propositions. Ces résultats suggèrent donc des méthodes d'intervention afin d'adapter le cadre thérapeutique : « Art therapy emphasises the plasticity and flexibility of the human psyche in its need to reach on and to communicate in spite of obstacles such as in cases of severe psychopathologicaly which can cause the inability to interact verbally » (Grégoire, 1998, p. 263). Nous traiterons, dans le prochain chapitre, des

concepts fondamentaux de la pratique de l'art-thérapie et nous tenterons également d'expliquer son efficacité en tant qu'outil thérapeutique comparable aux autres approches de traitement psychothérapeutique.

### **1.5 L'intervention à domicile**

L'intervention à domicile auprès de personnes âgées a fait l'objet de quelques études (Amyot, 2000 ; Bell, 1998 ; Kunstaetter, 1987 ; Newton & Jacobovitz, 1999 ; Melcher, 1988 ; Sezaki & Bloomgarden, 2000 et Siebert, 1996). Ces études ont examiné les particularités de la pratique à domicile. Bell (1998) a traité du facteur de l'imprévisibilité inhérente à l'intervention dans le lieu de résidence tandis qu'Amyot (2000) a analysé les avantages et les désavantages de la pratique à domicile à partir des intervenants d'une clinique de psychogériatrie. L'intervention par l'ergothérapie dans un milieu autre qu'institutionnel a fait l'objet d'analyses exhaustives de Kunstaetter (1987), Melcher (1988) et Siebert (1996).

L'approche dans le milieu naturel de la personne âgée plutôt que dans un contexte hospitalier ou en centre d'hébergement offre certains avantages. Cependant, comme le mentionne Brody (1999) : «Most important is the evolving realisation that meaningful psychotherapy can be accomplished with older adults wherever they are found : in nursing homes, in senior residences or community centres, as well as in private practice settings » (p. 96).

L'incidence de la dépression, nous l'avons dit précédemment, est nettement supérieure lorsque la personne change de milieu de vie et c'est pourquoi, il est important d'intervenir directement à domicile. Selon Amyot (2000), les barrières et les résistances au traitement psychothérapeutique sont plus rapidement franchies. Celui-ci, lors d'une conférence, a exposé son point de vue quant à la pratique de la psychogériatrie à domicile. Pour lui, « l'avantage majeur est que la personne âgée détermine le cadre du premier entretien avec le contrôle et le pouvoir qui s'y rattachent » (p. 7). La personne âgée choisit ainsi le lieu de la rencontre (salon, cuisine, chambre), la durée, elle doit exprimer son désir d'être rencontrée seule ou en présence d'autres personnes et elle peut aussi prendre la décision de ne pas recevoir l'intervenant ou l'intervenante. Il en résulte que la proposition du service engage un processus « actif » pour la personne âgée. D'après Amyot (2000), la simple visite de l'équipe de la clinique de psychogériatrie représente par le fait même un avantage narcissique pour la personne âgée.

Bell (1998) a pratiqué l'art-thérapie à domicile auprès de patients atteints d'un cancer et nous éclaire sur quelques éléments de cette pratique. Cet auteur a élaboré les critères spécifiques et nécessaires au cadre thérapeutique de l'intervention à domicile soutenant que « home life is complex and unpredictable » (p. 93) ; il ajoute: « The skill of the domiciliary art-therapist lies in maximising the opportunities that the home can offer » (p. 100). Selon lui, ce type d'intervention requiert de l'art-thérapeute une part de créativité puisqu'il doit utiliser les ressources humaines sur place ce qui va même jusqu'à inclure parfois les animaux domestiques. Si le milieu est trop instable, il faut voir à prendre des arrangements avec le réseau naturel de la cliente et les autres professionnels

qui sont impliqués auprès de la personne, ceci afin de favoriser l'établissement d'un cadre de rencontres individuelles confidentielles. Parmi les caractéristiques inhérentes à l'intervention à domicile, Kunstaetter (1987) et Siebert (1996) citent la forte implication du thérapeute avec le client, la famille et son réseau immédiat. Selon eux, chaque domicile est unique. L'environnement physique, l'ajustement aux horaires de la famille, les autres services reçus par le client, les situations d'urgence, les dispositions à prendre en cas de non-réponse du client, le transport du thérapeute, la connaissance du réseau communautaire et la capacité de travailler avec l'équipe soignante sont autant de caractéristiques propres à ce type d'intervention. Ces auteurs indiquent que le cadre de la supervision professionnelle est différent du cadre qui prévaut dans un milieu stable et que les concepts théoriques ne s'appliquent plus de la même manière. L'intervention à domicile requiert ainsi une grande part d'autonomie, une capacité à composer avec des réalités incertaines et une grande connaissance des ressources dont disposent le milieu : « Willingness to adapt to the place and routine of the patient and family's domestic life has become a necessary pre-requisite » (p. 93). Bell (1998) reconnaît la dimension unique de l'intervention à domicile et l'importance des ressources dont dispose le milieu (photographies, jardin, objets précieux, etc.). Il affirme que c'est même une partie essentiellement thérapeutique que d'utiliser l'environnement immédiat du patient.

Pour terminer, nous soutiendrons que l'accès à des services d'art-thérapie à domicile contribuerait à prévenir et à soulager les problèmes de santé mentale rencontrés par les personnes âgées. L'efficacité du maintien à domicile repose beaucoup, à l'heure actuelle, sur les capacités des professionnels de promouvoir de nouvelles visions des

services à offrir aux personnes âgées, services dont l'objectif premier est de les supporter dans la recherche d'un équilibre psychologique dans cette dernière phase de la vie humaine. Melcher (1988) affirme que « we will need alternatives to enable family members and others caregivers to continue caring for their impaired relatives at home » (p. 645).

À l'interrogation qui constitue le titre de ce chapitre, « Psychothérapie et troisième âge : rêve ou réalité ? » nous répondrons que la littérature actuelle tente de démontrer l'efficacité de la pratique des psychothérapies auprès des personnes âgées. Les psychothérapies auprès des personnes âgées sont nécessaires et même indispensables au maintien d'une qualité de vie à domicile. L'intervention psychogériatrie requiert alors des qualités professionnelles particulières dont celles de bien connaître la problématique du vieillissement, l'étiologie et les symptômes des maladies physiques et de poser les bons diagnostics psychiatriques avec la collaboration des membres des équipes médicales. Le prochain chapitre traitera spécifiquement des applications de l'art-thérapie en gériatrie.



## CHAPITRE 2 - L'ART-THÉRAPIE ET SES APPLICATIONS EN GÉRIATRIE

« When the soul is depress, isolated, mad, and distraught, artistic images appear ». (McNiff, 1992)

Ce deuxième chapitre portera sur le cadre théorique de la pratique de l'art-thérapie auprès des personnes âgées. Nous aborderons l'histoire de l'art-thérapie, sa définition, sa méthodologie et ses principaux courants de pensée, notamment les courants dits de *l'art as therapy* et *l'art psychotherapy*. Il sera aussi question du processus créatif qui est assurément à l'œuvre dans les productions en art-thérapie. La revue de littérature qui s'attache aux applications de l'art-thérapie gériatrique comprendra entre autre les travaux de Wald (1983, 1984) et de Grégoire (1998) auprès des personnes atteintes de problèmes de mémoire, ainsi que les nombreuses recherches en milieu gériatrique (Dewdney, 1973 ; Doric-Henry, 1997 ; Franklin, 1992 ; Gibson, 1994 ; Landgarten, 1983 ; Silver, 1993 ; Zeiger, 1976 ). Enfin, les travaux actuels (Bell, 1998 ; Sezaki & Bloomgarden, 2000) qui portent sur la pratique de l'art-thérapie à domicile seront analysés, malgré un nombre restreint d'auteurs qui se sont intéressés à cette question.

### 2.1 L'art-thérapie : historique et courants de pensée

L'expression par l'image peut agir, pour la personne âgée, comme le miroir de son existence et devenir comme une empreinte de sa vie présente, passée ou future. La « réverbération » de celle-ci est susceptible d'avoir un pouvoir thérapeutique inédit et d'influencer le cours de la thérapie. D'après Grégoire (1985), l'art possède une valeur

thérapeutique unique car *l'illusion esthétique* qu'il crée, c'est-à-dire le fait de produire une image spontanément, favorise la possibilité de vivre des expériences sans culpabilité ou sans anxiété à la faveur du climat ludique et fantaisiste que permet l'expression artistique et dont les résultats sont à la fois uniques et régénérateurs.

L'Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ,1994) définit ainsi l'art-thérapie :

L'art-thérapie est une approche qui utilise la création artistique dans un but thérapeutique. Cette approche thérapeutique est fondée sur certains principes de la psychologie et des arts visuels. L'art-thérapie se déroule dans le cadre d'une relation thérapeutique où la création d'image est utilisée comme modalité de communication principale. À partir de divers procédés artistiques et de matériaux simples (dessin, peinture, collage, sculpture), le patient est invité à exprimer ce qu'il ressent, ses problèmes, conflits ou désirs ou à évoquer des souvenirs. Avec l'art-thérapeute, le patient peut ensuite explorer verbalement le symbolisme et la signification des images créées.

Leclerc (1997) stipule que « les principes de l'art-thérapie reposent, entre autres, sur le fait que la création d'images permet l'expression d'émotions souvent difficiles à verbaliser, que les images sont porteuses d'un symbolisme puissant et qu'elles peuvent permettre l'accès à des contenus inconscients ou refoulés» (s.p.). Elle ajoute que « les productions visuelles et les associations qu'elles suscitent aident le patient à mieux se connaître et se comprendre. L'implication dans le processus de création et le travail artistique peut, enfin, permettre d'accroître l'estime de soi » (s.p.).

Rubin (1987) affirme que la psychanalyse a influencé l'histoire de l'art-thérapie. Selon elle, Freud incitait ses patients à utiliser l'imagerie mentale en appliquant ses mains de chaque côté de leur tête. Il invitait ceux-ci à exprimer spontanément ce qu'ils voyaient afin de permettre le surgissement d'un contenu inconscient. La technique de l'association libre tire, en partie, ses origines de cette pratique. Freud a constaté qu'il était possible de faire des associations sans recourir à l'usage des mains. Sa fille, Anna Freud, a développé l'utilisation de l'imagerie par le dessin auprès des enfants afin de pallier la difficulté d'utiliser « l'association libre » avec ceux-ci. Dans l'approche psychanalytique, l'art-thérapie peut être un outil d'expression particulier pouvant favoriser les prises de conscience et renforcer le moi car « l'œuvre est un livre ouvert sur l'organisation psychodynamique de la personne et l'image devient le témoin tangible de sa vie présente et passée » (Forget, 1999, p. 2). Case & Dalley (1992) vont dans le même sens : « The art materials provide a tangible means through which conscious and unconscious aspects of the person can be expressed » (p. 50) .

Au plan historique, l'art-thérapie s'est développée dans la coexistence de deux écoles de pensée. La première, nommée *art psychotherapy* , s'inspire de la psychanalyse. Selon Naumburg (tel que cité dans Cane Detre et al., 1983), l'œuvre créée dans ce cadre thérapeutique favorise le relâchement d'une imagerie inconsciente qui permet l'émergence de conflits latents. Le processus artistique s'ajoute au cadre thérapeutique habituel inspiré des approches théoriques de Klein (1984), de Winnicott (1971) ou

d'autres. Le but thérapeutique est de rechercher un matériel refoulé et d'aider le patient à acquérir de nouvelles significations sur son comportement.

La deuxième école de pensée, *art as therapy*, repose sur le postulat suivant : le processus de fabrication de l'image possède en lui-même des pouvoirs de guérison. Edwards (1987) est un auteur qui soutient qu'il existe plusieurs stades au processus créatif. Dès le début de la première expression gestuelle, les phases subséquentes de production de l'image ne se conformeraient pas, selon lui, à la volonté ou aux attentes anticipées du patient. Il y a parfois un sentiment d'étrangeté et/ou d'appartenance de l'image à une autre personne. Pour lui, l'image a son propre sens et offre à elle seule, une ou plusieurs significations. Edwards (1987) affirme ce qui suit : « The image as is life of its own and therefore whatever is right » (p. 101). Le rôle du thérapeute est de maintenir le cadre de la rencontre thérapeutique et de permettre à la personne qui reçoit l'*inattendu* d'accepter l'expérience présente. Ainsi, ces deux écoles de pensée offrent deux modèles d'interprétations théoriques : l'une dans un cadre d'orientation psychanalytique et l'autre basée sur l'expérience directe de la production de l'œuvre. La coexistence de ces deux écoles de pensée favorise une richesse au plan de l'intervention thérapeutique.

## **2.2 Art et expression créatrice**

Dans un article traitant de l'art et de ses fonctions, Grégoire (1985) expose les principales dimensions inhérentes à la pratique de l'art thérapie. Il affirme que « l'art est une recherche de médiation entre la réalité et l'expérience vécue, d'où émerge

progressivement une image de la réalité des choses avec laquelle un dialogue va devenir possible » (p. 942). L'œuvre est en soi un lieu de recherche dans lequel l'artiste exprime ses postulats de base. Il démontre alors son interprétation personnelle de l'univers qui l'entoure. L'œuvre possède sa propre structure, sa grammaire et son lexique pour un artiste. Par ailleurs, l'acte de créer serait en soi régénérateur, car il implique le sujet dans une activité de création du monde à partir de son expérience. Selon Grégoire (1985) « l'art permet la communication d'une information descriptive mais également de l'expérience sensorielle et affective reliée aux événements vécus par le créateur » (p. 943). Il est alors un instrument de pensée. La production de l'œuvre grave dans la mémoire du créateur le vécu de l'œuvre. Ce vécu est le résultat de toute l'expérience du processus créatif de l'artiste. Cette démarche artistique s'inscrit alors dans une volonté de communiquer la vision du monde de l'artiste. Un autre principe à l'œuvre dans l'art-thérapie veut que l'image reproduise toutes les facultés de l'individu. Elle est le témoin du rapport de la personne à sa vie dans l'ensemble de ses capacités biopsychosociales. La production d'images traduit alors la capacité de l'individu à entrer en relation avec son environnement externe et, ce faisant, elle le renseigne sur son rapport sensitif, affectif, physiologique et psychologique à lui-même. L'image traduit toujours, d'après Grégoire (1985), les aspects émotifs par opposition aux aspects cognitifs et informatifs du langage verbal car « aucune émotion n'est étrangère à l'art » (p. 946). L'art participe à la restructuration du vécu immédiat et aide à la création de nouveaux réflexes, de nouveaux concepts et de nouveaux comportements. Par exemple, sur les lieux de sinistres ou de catastrophes, la récupération collective de ruines ou de décombres pour en faire des projets d'art illustre ce besoin d'intérioriser une nouvelle réalité. Dissanayake (1994) s'est

intéressé aux bienfaits de l'art dans la réunification d'un peuple suite à un événement traumatisant.

Par ailleurs, Devost (1995) considère que la créativité régularise les tensions vécues dans la perte car elle se révèle un outil pour reconquérir l'espoir perdu et acquérir une meilleure compréhension de son existence. Blum et Baker (1979) croient que les conflits de la petite enfance peuvent émerger à n'importe quelle période de la vie. Notre expérience avec les personnes âgées nous a permis de constater que des conflits non résolus cherchent une issue, particulièrement en période de fin de vie mais aussi lorsqu'un conflit présent est sans issue. McNiff (1992) expose son point de vue sur l'art en tant que médecine. Il croit que la fabrication de l'image possède un pouvoir intrinsèque de guérison de l'âme et des maladies physiques. Le réflexe d'y recourir en cas de détresse est un réflexe naturel pour lui. Il croit en ce qu'il nomme « le Daimon » qui signifie *génie* ou bien *esprit* et dont l'origine serait grecque. Le Daimon serait un guide spirituel qui s'adresse à une personne dans ses rêves. McNiff (1992) associe cet archétype au concept romain de *génie* servant de guide spirituel. Celui-ci se manifesterait à travers nous par le biais de la fabrication de l'image. McNiff (1992) ne fait pas de distinction entre les deux écoles de pensée existantes en art-thérapie. Il affirme que « the artistic process itself is the bias, as it is in all depth psychology's where psyche manifest itself in image » (p. 14). L'art en tant que médecine toucherait, selon lui, à une psychologie des profondeurs de l'âme, une approche qui rencontre spontanément l'expression : « Pathology is not limited to patients. It is in all of us, as fundamental element of the soul, [...], the best medicine I can offer to a troubled person is a sense of

purpose, the feeling that what he is going through may contribute to the vitality of the community” (p. 25). Le simple processus de fabrication de l’image contiendrait en lui-même son propre pouvoir de guérison car il porte un geste vers un devenir autre, une volonté de rencontre et un désir de connaître et de changement.

L’image est aussi un témoin de la rencontre thérapeutique entre l’individu et le thérapeute. Cependant, ce travail doit s’élaborer dans un contexte thérapeutique stable et sécurisant pour le client. Le cadre thérapeutique revêt alors toute son importance dans le déroulement d’une séance d’art-thérapie. La sécurité de ce cadre est l’ingrédient fondamental pour l’élaboration du travail psychique. Winnicott (tel que cité dans Abram, 1996) a introduit le concept de l’environnement facilitant (*holding environment*) : « The psychological and physical holding an infant needs throughout his development continues to be important, and the holding environment never loses its importance for everyone » (p. 183). Les premières expériences infantiles sont donc significatives et déterminantes. Winnicott (tel que cité dans Abram, 1996) affirme que la relation de la mère à l’enfant avant et après la naissance contribue à bâtir cet environnement facilitant et à établir les bases de la structure de la personnalité future de l’enfant. Plus l’enfant gagne confiance en lui à travers l’*internalisation* d’expériences positives et stables vécues auprès de sa mère, plus il est capable de faire la différence entre ce qui lui appartient en tant qu’objet distinct et séparé de celle-ci, plus son sens du “vrai *self*” s’intègre. Si la sécurité affective prodiguée par la mère est déficiente, l’enfant ne peut se développer normalement. Dans ce cas, il ne peut acquérir l’autonomie et la liberté psychique nécessaires pour investir et influencer son environnement externe, tel que Rubin (1987)

le soutien : « A holding environment offering definition and clarity can add balance and structure within which the patient can recover the self that has regressed to a partial fusion state » (p. 54). Ainsi, selon ce dernier auteur, la rencontre thérapeutique recrée cet espace vital pour la personne. L'efficacité du cadre thérapeutique dépend inévitablement du sentiment de sécurité qu'il procurera au client. La confidentialité, la durée dans l'espace/temps, le lieu de rencontre, les règles et la stabilité de l'environnement sont les éléments essentiels à l'établissement d'une relation de confiance..

### **2.3 L'art-thérapie auprès des personnes âgées : revue de la littérature**

Plusieurs auteurs (Crosson, 1976 ; Dewdney, 1973 ; Doric-Henry, 1997 ; Franklin, 1992 ; Gibson, 1994 ; Grégoire, 1998 ; Landgarten, 1983 ; Kahn-Denis, 1997 ; Sezaki & Bloomgarden, 2000 ; Silver, 1993 ; Wald, 1983, 1984, 1986, 1986 et Zeiger, 1976) ont démontré l'efficacité de l'art-thérapie auprès des personnes âgées atteintes de différentes pathologies et ce dans des contextes multiples d'intervention (en centres d'hébergement, en centres hospitaliers, en milieux communautaires et à domicile). Parmi eux, Spaniol (1997) s'attarde aux changements démographiques qui risquent d'affecter la pratique future de l'art-thérapie. Il porte à notre attention la croissance de la population âgée prévue d'ici l'an 2030 qui devrait influencer à la hausse les demandes de soutien professionnel, tant chez les art-thérapeutes que chez les autres professionnels de la santé mentale. Il s'élève contre les mythes qui influencent les choix des art-thérapeutes et l'orientation de leur carrière vers d'autres clientèles que la clientèle âgée. De nombreuses croyances populaires teintent les perceptions ayant cours quant au vieillissement et aux



conséquences qu'il en résulte ; il cite l'indécision souvent manifestée sur l'efficacité de la psychothérapie auprès des personnes âgées, les remarques sur le contenu des œuvres d'arts produites par celles-ci et sur le style artistique des œuvres jugé similaire et peu variable entre elles. Mais pour Spaniol (1997), l'art-thérapie serait un outil thérapeutique important pour favoriser le cheminement de la personne vers une sérénité intérieure : « Elder's artwork has much to teach us about core life events [...]. There are more differences among the elderly than any other age group » (p. 159).

L'art-thérapie auprès des personnes âgées ne s'intéresse pas uniquement au produit, quoique l'incitation à la réalisation de la première image requiert une bonne part de confiance de la part de l'art-thérapeute, mais, comme nous le mentionnions précédemment, elle s'intéresse aussi au processus de création. Le choix des matériaux, l'utilisation de l'espace, l'organisation spatiale, le choix des couleurs, les formes et l'analyse symbolique sont autant d'éléments qui informent l'art-thérapeute et la personne sur son vécu émotif. Les simples gestes, les mouvements du pinceau ou du crayon, les mouvements physiques et le langage non verbal de la personne sont des indices permettant de mieux comprendre le rapport de la personne à sa vie affective, cognitive, sociale et à son environnement. L'usage de l'art ajoute une dimension supplémentaire à l'expression des émotions et à la connaissance de soi; c'est ce qui distingue l'art-thérapie des thérapies traditionnelles. L'analyse du contenu de l'image peut fournir des indices de dépression, de tendance suicidaire (Silver, 1993), de troubles de la personnalité, de démence ou de troubles organiques (Wald, 1984). L'image éveille en plus chez les personnes âgées des expériences de créativité inédites, latentes et parfois oubliées de leur

passé. Lorsque l'image trouve son sens et sa signification pour la personne âgée, alors le processus thérapeutique est enclenché. Le rôle de l'image devient donc significatif et favorise une meilleure connaissance de son fonctionnement psychique.

Enfin, notons que l'expression créatrice par l'image peut aussi compenser, en partie, la perte des mots chez les aphasiques, par exemple, et rétablir la communication de certaines émotions. Silver (1993) croit que des signes sévères de dépression peuvent être dépistés par l'art-thérapie. Il mentionne que les personnes âgées ont tendance à exprimer, par l'humour, des sentiments importants de dépréciation de soi et qu'elles se ridiculisent davantage que les autres catégories d'âge. Toujours selon Silver (1993), la force émotionnelle de leur image est à considérer attentivement, surtout si une idéation suicidaire ou une tendance dépressive significative est présente. Par ailleurs, Crosson (1976) explique que plusieurs réalités influencent la mobilisation de la personne âgée dans le processus créatif telles que le désengagement de celle-ci à établir de nouvelles relations avec des pairs dont l'espérance de vie est relativement courte. De plus, la perspective d'une mort imminente fait obstacle à la sécurité requise pour l'actualisation de soi. Notons, enfin, que le goût de s'investir de nouveau est parfois un réflexe défensif face à l'éventualité d'une nouvelle perte.

Selon ce même auteur, «A negative view of self has a profound effect on one's attitude toward his attempts at artwork and his attitude toward the finished product » (p. 51). Pour contrer les effets d'un manque de spontanéité, Crosson (1976) utilise la technique du « grand geste » et du « gribouillage », qui favorisent l'émergence d'images

spontanées et l'expression de l'anxiété. Des sentiments refoulés peuvent surgir par cette technique. Toujours selon Spaniol, la prédominance de lignes brisées observée chez les personnes âgées rend la perception du style de l'image homogène. Ce phénomène est observé chez beaucoup de personnes âgées, malgré le fait que certaines aient des connaissances artistiques antérieures. Cette façon de faire n'est pas étrangère, selon lui, à une représentation réaliste du déclin physique, mental et émotionnel de la personne âgée. Elle est tributaire des facteurs culturels influençant le contenu de leur production artistique. Dewdney (1973) croit qu'il existe des techniques alternatives pouvant faciliter la production artistique en milieu gériatrique telles que le dessin de l'arbre généalogique, le dessin d'un objet suite à son exploration tactile, la finalisation d'un dessin par l'emploi de formes et de couleurs pour représenter une chose. Un autre auteur, Kaufman (1996), a développé une approche dite de *Art in boxes* : le patient atteint de problèmes de mémoire est invité à placer des petits objets à connotation symbolique (tissus, fil, images) dans des boîtes afin d'exprimer des sentiments actuels face à leur situation. Cette technique offre un moyen direct et concret de communication qui peut sécuriser des clientèles vulnérables.

La quête de l'identité de la personne par des activités qui prennent en compte la réminiscence occupe une place importante dans la recherche auprès des personnes âgées. Elle pourrait même faire l'objet d'une expertise spécifique à développer pour la pratique de l'art-thérapie en gériatrie. Zeiger (1976) a démontré la pertinence de travailler sur les images du passé de la personne avec les « livres d'histoires de vie » (*life review process*). Les pertes qui affectent l'identité ont une influence néfaste sur le niveau d'engagement

des aînés dans la vie de tous les jours. La redécouverte de la valeur personnelle d'un individu constitue un hommage à son existence et elle est porteuse d'une «re-contribution de celui-ci à la société ». Selon Butler (1963), l'expression du passé chez la personne âgée est un besoin naturel. Elle nourrit l'âme de souvenirs. Le dessin est le témoin présent d'une activité du passé. Celui-ci est un véhicule utile, particulièrement lorsque des problèmes de remémoration sont observés chez les personnes éprouvant des déficits cognitifs. Zeiger (1976) croit que ce type d'intervention supporte la réorganisation de la personnalité et actualise l'identité de la personne.

Il existe d'autres types d'applications de l'art-thérapie en milieu gériatrique. Doric-Henry (1997), Franklin (1992) et Spaniol (1992) ont étudié les effets de l'art-thérapie sur l'estime de soi. Doric-Henry (1997) s'est intéressé à l'utilisation de la poterie auprès d'une clientèle en institution. Le recours à ce médium a favorisé la redécouverte du potentiel résiduel de chaque personne, une intégration positive dans leur milieu, ainsi qu'une diminution de l'anxiété et de la dépression. Il a constaté que les personnes qui démontraient les signes de détresse psychologique les plus élevés ont accusé les améliorations les plus significatives suite à son intervention. Plusieurs intervenants ont réussi à favoriser l'intégration ou la réintégration dans leur milieu de vie (par exemple, en centre d'hébergement) de la personne âgée en perte d'autonomie et présentant des problèmes fonctionnels, visuels, cognitifs, et autres dans les activités de l'institution. Dans ces exemples, l'intervention art-thérapeutique est individualisée et progresse au rythme du patient afin de favoriser l'apprentissage de nouvelles habiletés artistiques. La personne âgée, à des degrés différents, retrouve alors une autonomie fonctionnelle, une capacité de faire des choix et le plaisir de redécouvrir son potentiel. Le sentiment

d'abandon social se transforme en un désir d'appartenance, de cohésion et d'appréciation du moment présent. Engle et Ferrar Muller (1997), lors d'une étude de cas, ont démontré l'importance d'aider une personne à retrouver dans le cadre d'un accompagnement par l'art-thérapie, le sentiment de sa propre valeur pour augmenter son estime de soi. Leur article révèle l'importance de préserver le caractère intimiste de la relation thérapeutique pour qu'elle ait un effet bénéfique sur la qualité de vie d'une personne.

Par ailleurs, Landgarten (1983) fait ressortir les aspects positifs de l'art-thérapie pratiquée auprès d'une clientèle âgée dépressive, dans un contexte institutionnel. Le renforcement positif, le gain de la maîtrise, le sentiment de réalisation personnelle, le déplacement de la rumination, le dépistage d'idées suicidaires et le transfert sont autant d'effets bénéfiques observés. Par ailleurs, l'art-thérapeute doit prendre en considération l'impact de son intervention sur la santé mentale de la personne afin de fournir un encadrement sécurisant pour l'expression d'émotions telles la colère et l'agressivité. Langarten (1988) soutient que le produit artistique est une preuve indéniable de la force de vivre des participants. Celui-ci intègre les éléments de la vie passée des personnes en un témoignage du présent, en plus de fournir à la personne un sentiment de compétence et un renforcement positif. Faire appel à des images du passé et « réviser » certains moments de la vie de la personne peut s'avérer une technique appropriée pour accéder à la vie intérieure. Je crois, par expérience, que la production d'images entre les sessions d'art-thérapie peut être aussi aidante pour la personne, dans certains cas. Elle conserve un contact avec le processus créatif et continue le processus d'exploration d'habiletés artistiques qui peuvent laisser affluer des émotions. Franklin (1992) s'est intéressé

particulièrement à l'estime de soi en tant que concept essentiel à la production artistique. Les effets de l'art-thérapie sur la perception de soi sont analysés à chacune des étapes de la production de l'image et il en résulte, selon l'auteur, que l'art-thérapie offre une possibilité d'intégration des conflits internes.

#### **2.4 L'art thérapie comme instrument de diagnostic**

Le langage plastique et symbolique d'une personne est unique, qu'elle soit atteinte ou non de troubles neurologiques. Nous avons ainsi accès à un univers dans lequel la pathologie ou le déficit neurologique trouve son expression. On peut utiliser l'art-thérapie comme instrument d'évaluation afin de dépister les déficits dans l'orientation, la mémoire, la capacité de suivre des consignes et de comprendre des situations simples. Selon Wald (1984), le dessin d'un simple portrait, d'une maison, d'un visage, d'un objet peut fournir des indications importantes de la présence d'un trouble neurologique. Dans le cadre de notre expérience actuelle de travail à domicile auprès de cette clientèle, nous utilisons ce procédé lorsque aucun diagnostic n'a été posé pour fournir des indications ou même lorsqu'il y en a un, pour vérifier la progression de la maladie. Le dessin permet de capter la partie de la personnalité qui demeure active chez la personne en perte de facultés cognitives, et d'adapter notre intervention thérapeutique. Il favorise la connaissance du potentiel résiduel de la personne (capacité d'organisation, contact avec la réalité, la présence de gnosies ou d'apraxies, de traits dépressifs) et nous permet d'ajuster notre mode d'intervention. Lévesque (2001) souligne l'importance de décoder le langage métaphorique de la personne ayant des troubles cognitifs afin de créer les

conditions d'une réelle communication. Elle est parfois l'unique modalité restante de communication de la détresse intérieure de la personne.

Wald (1984) s'est intéressée aux principales caractéristiques des images produites par une personne atteinte de troubles cognitifs. Elle a identifié plusieurs éléments présents dans le contenu des images produites : la régression (retour à un stade élémentaire du développement pictural), les figures anthropomorphiques (par exemple, le dessin d'une maison avec la suggestion d'éléments d'un visage), la confusion dans la perspective, la présence de lignes courtes et brisées, la persévération et la simplification, la fragmentation et la désorganisation des figures, l'absence d'éléments essentiels du dessin (par exemple : la bouche), la désorientation des figures en rapport avec l'horizon, la confusion spatiale entre le dessus et le dessous, le manque d'autocritique par rapport aux déficits dans le dessin, la difficulté de compréhension des consignes et la présence de transparence lorsque des éléments psychotiques sont présents. Dans ce dernier cas, l'intérieur du corps humain est perceptible. D'après Wald (1984), les images produites par les patients témoignent de la désintégration du *moi-self*. Le sentiment de continuité qui nous habite depuis notre enfance se désintègre. Le drame vécu par les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs est assurément cette discontinuité narcissique par laquelle la personne perd le sentiment d'être ce qu'elle est. Il n'y a plus de frontières entre elle-même et les autres. Il y a perte du processus de différenciation de soi et des autres.

Par ailleurs Wald (1984) présente l'évolution régressive de la production graphique d'une patiente âgée de 58 ans et atteinte de la maladie d'Alzheimer, une observation échelonnée sur plusieurs années. Ses images sont devenues de plus en plus sans formes, plus incohérentes et désintégrées avec des ombrages persévérants. La reproduction du corps de la personne s'est complètement effacée à la fin de la maladie par rapport à une capacité, au début de la maladie, de réaliser un autoportrait. Ainsi l'étude de Wald (1984) nous indique que l'image peut devenir le témoin de l'évolution de la détérioration neurologique qui s'opère à différents stades de la maladie d'Alzheimer, en plus d'être un outil d'évaluation et de diagnostic. L'art-thérapie est aussi un moyen de compenser les difficultés de communication de la personne démente et d'accéder à son univers psychologique résiduel. Il s'établit alors une relation thérapeutique qui brise l'isolement de celle-ci et qui nous rapproche de la vie intérieure de la personne. Le travail thérapeutique est différent du cadre habituel, car le thérapeute devient le contenant du contenu et assiste le patient dans sa continuité narcissique. Il devient alors un relais auxiliaire du moi et participe à son élaboration. L'art-thérapeute peut assister, consolider, renforcer et fournir des consignes par étapes pour aider la personne à conserver le sentiment d'être adéquate dans la réalisation d'une tâche simple.

Grégoire (1998) s'est intéressé aux mécanismes relationnels des personnes ayant des détériorations cognitives et aux implications thérapeutiques dans le contexte de l'art-thérapie. Son étude, citée dans le premier chapitre du présent travail, a démontré que le recours à l'imitation et à la *mimèse* lors de la production d'une image peut être un moyen de communication avec la personne atteinte de déficit cognitif lorsqu'il n'y a plus de



réponses à des consignes verbales. Un groupe de vingt-cinq sujets hospitalisés, atteints, à des stades divers, de déficits neurologiques (démences de différents types) a participé à son étude. Un premier groupe de sujets recevait des consignes verbales afin de tracer des figures simples ; un autre groupe avait un modèle visuel pour copier les figures. Enfin, le dernier devait produire les figures en même temps que l'expérimentateur. Les résultats de son expérience ont démontré qu'il était possible d'obtenir un taux de réponse (participation) à plus de 84 % ; dont 32 % de réponse pour le groupe autonome, 40 % pour le groupe avec modèle et 12 % pour le groupe avec imitation. Seulement 16% des sujets n'ont pas démontré de réponses aux consignes verbales. Cette étude suggère des modalités inédites d'intervention pour favoriser la communication avec les personnes atteintes de démence. En parcourant la littérature qu'ont produit de nombreux chercheurs, théoriciens, cliniciens et autres intervenants, il appert que l'art-thérapie dispose de nombreuses possibilités pour rejoindre des clientèles variées dans des contextes différents.

Par ailleurs d'autres applications thérapeutiques sont possibles avec des problématiques telles que le deuil et la dépression. Simon (1981) a étudié l'évolution du style artistique des personnes endeuillées. On voit que l'expression de sentiments négatifs tels que les griefs, l'anxiété, la peur et la rage envers la personne décédée est permise. Simon (1981) a fait état du changement dans le style artistique que l'on retrouve dans toutes les productions d'images tant chez les enfants que chez les adultes qui sont en voie de résoudre un conflit de deuil. L'accompagnement art-thérapeutique d'une personne endeuillée selon cet auteur, comporte trois stades : (1) l'expression du conflit ;

(2) l'image fournit un ou des éléments de résolution du conflit : (3) la résolution du deuil est exprimée par la production d'une image qui diffère du style précédent. Nous illustrerons davantage le propos de cet auteur par un exemple précis dans le chapitre 4. Gantt et Tabone (1998) ont étudié les équivalences graphiques de symptômes psychiatriques selon la nomenclature du DSM-IV (1994). Dans les cas de dépression majeure dont les symptômes sont décrits dans le chapitre précédent, ils observent les caractéristiques suivantes : un manque de couleur et l'utilisation de couleurs foncées, un manque de détails et une exploitation restreinte de l'environnement. La présence des caractéristiques mentionnées précédemment peut supporter des hypothèses cliniques sans pour autant servir à poser un diagnostic ferme.

La prochaine section traitera des applications à domicile de l'art-thérapie. Pour Brody (1999), ce milieu d'intervention est un lieu offrant de multiples possibilités d'intervention lorsque l'environnement est considéré dans sa globalité. Il intègre les événements inattendus du quotidien à son intervention thérapeutique. Ce contexte d'intervention unique et spécifique à chaque personne sera exploré plus en profondeur dans le chapitre 4 lors de l'exposé de quelques vignettes cliniques.

## **2.5 L'art-thérapie à domicile**

Comme nous l'avons dit précédemment, la littérature sur la pratique de l'art-thérapie à domicile est limitée, mais de plus en plus d'auteurs s'intéressent à cette

question. L'étude de Gibson (1994) est, à ma connaissance, la première recherche qui ait traité ce sujet. Elle souligne l'importance d'une intervention préventive à domicile à la suite d'une hospitalisation. On établit, dans cette recherche, un parallèle entre la vulnérabilité de la personne âgée et la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Pour celle-ci : «Art therapy address the patient's cognitive and spiritual development as a means to attack symptoms of physical illness and mental distress» (p. 43). Cet auteur croit que le support psychologique apporté par l'art-thérapie compléterait le travail d'adaptation de la personne âgée à ses propres limites fonctionnelles (physiques, cognitives et psychologiques) et compenserait l'indifférence, observée parfois, de l'équipe médicale face à un état de santé incurable. Selon Gibson (1994), les buts de la thérapie à domicile seraient les suivants :

- Combat depression.
- Identify unexpressed fear.
- Sharpen problem-solving techniques (experimenting with creative solutions to art problems, and transfer these to other situations).
- Improve mood.
- Assist patient to reconcile living with chronic, physical illness or extreme body losses.
- Provide a comfortable level of trust for discussions on sexuality.
- Address unresolved family conflicts that impact on patient well-being.
- Learn new coping mechanisms.

Gibson (1994) conçoit le travail de l'art-thérapeute comme suit : «Art-therapist are not trained to cure ; their treatment address the problem, develop coping skills, combat depression, enhance quality of life, or prepare the patient for death of that is imminent» (p. 43). La conception de Gibson (1994) accentue le rôle de soutien de l'art-thérapie, sans dénier son potentiel de guérison. Ainsi, sa vision du traitement de la personne âgée vise à

promouvoir un concept de santé qui soit global et qui dépasse ainsi l'unique traitement médical de la maladie.

Par ailleurs, Sezaki & Bloomgarden (2000) se sont intéressés aussi aux applications à domicile. Ils ont étudié l'ensemble des particularités de ce type d'environnement, dont les traits de personnalité requis pour travailler dans ce cadre thérapeutique exceptionnel, et les buts poursuivis de la thérapie. La plupart des auteurs (Bell, 1998 ; Sezaki & Bloomgarden, 2000) partagent une opinion commune sur les traits de personnalité nécessaires à l'art-thérapeute qui intervient à domicile : l'autonomie, la flexibilité, l'ingéniosité, et l'indépendance, car la supervision directe sur le lieu est restreinte. L'enjeu pour ces intervenants est de respecter fondamentalement le style de vie du client. Les variables aléatoires jouant dans l'environnement du domicile telles que l'imprévisibilité du milieu, la qualité des relations entre les membres de la même famille, le respect de la confidentialité et les facteurs idiopathiques des clients, influencent, selon eux, la quotidienneté et rendent particulière chaque intervention. Dans un même ordre d'idée, Bell (1998) croit aussi que l'art-thérapeute peut apporter une continuité en ce qui concerne les soins psychologiques à apporter à la personne afin de favoriser l'expression de leurs besoins émotifs. L'art-thérapie pratiquée à domicile offre, dira-t-il, une intervention différente de la thérapie traditionnelle. Bell (1998) décrit le déroulement d'une séance d'art-thérapie de la façon suivante :

Despite the puzzlement that often greets me on my first visit to the family home, art-therapy is a very accessible means for people to communicate their profound emotional needs and a unique structure that calls for distinctive and individual

approaches to art therapy is soon overcome once the patient has experimented with the process of creating and image and grasps the connection between the content of the picture and his or her interests memories, ideas, opinions, and experiences of ill health and the implications for them of a life-threatening disease. (p. 100)

Bell (1998) a accompagné des personnes cancéreuses, en phase terminale à leur domicile. Il soutient que le niveau d'intimité qu'il a atteint est unique et confirme que la vie familiale influence considérablement la relation thérapeutique. Celui-ci prend, avec la famille, des arrangements pour assurer une stabilité dans le déroulement de la rencontre thérapeutique. Reconnaisant la complexité de l'expérience à domicile, Bell (1998) affirme «I learned to respond and adapt creatively to a multitude of domestic situations and find ways of becoming an accepted part of family routine» (p. 93). Il croit que l'adaptation à l'espace et à la routine familiale sont des préalables nécessaires à l'intervention. Par contre, Bell (1998) croit qu'il est nécessaire de fixer des limites à la rencontre thérapeutique : « The therapeutic focus of my work can be sustained quite securely within the parameters of the home by responding appropriately and imaginatively to the needs of those who dwell there, and by securing a provisional status as an accepted and welcome guest » (p. 96). Ainsi, la présence de l'art-thérapeute suppose son intégration à la routine familiale et l'acceptation de sa présence dans l'intimité du client. Bell (1998) expose diverses applications selon différents contextes familiaux. Le dénominateur commun dans son travail tient à la capacité de s'adapter à chaque environnement et de maximiser les opportunités que le domicile peut offrir en incluant par exemple, les personnes significatives du client, les animaux et même parfois

d'autres éléments de l'environnement. Cet accès direct à la vie quotidienne du client inverse le rapport traditionnel que l'on retrouve dans la pratique en milieu hospitalier ou privé : c'est le thérapeute qui, à domicile, doit s'adapter et non le client.

L'avenir de l'art-thérapie est à construire dans le domaine de la psychogériatrie à domicile. C'est un champ d'intervention vaste et inusité. L'art-thérapie à domicile est tout à la fois un outil d'intervention en soi tout comme elle peut s'avérer un complément à d'autres méthodes de traitement. Elle s'applique dans de nombreux contextes avec des problématiques variés. Gibson (1994) croit que « the advocates for arts therapies must use determination, imagination, and ingenuity to make art therapy housecalls a reality » (p. 46).

### CHAPITRE 3 – DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE ET ANALYSE DES RÉSULTATS

« The word “research” mean to study thoroughly. To “re-search” is to “search again” through a disciplined inquiry ». ( McNiff, 1998)

La présente recherche utilise une méthodologie mixte d’investigation (qualitative et quantitative) afin de démontrer la faisabilité de la pratique de l’art-thérapie à domicile. Les effets escomptés de l’intervention art-thérapeutique sur les symptômes dépressifs présentés par les personnes âgées sont également pris en compte. Ce chapitre se divise en deux sections. La première section porte sur le déroulement de l’expérience; elle comprend des explications sur la méthodologie d’investigation ainsi que sur le déroulement de la recherche proprement dite. Les différentes étapes de la réalisation sont décrites, à savoir le choix et le fonctionnement du milieu de stage, les critères de recrutement des sujets, la durée de la période expérimentale et enfin, la description des paramètres de mesure. La deuxième section de ce chapitre traite des résultats obtenus à la suite de notre expérimentation. Les similitudes et les différences des caractéristiques individuelles des sujets composant le groupe expérimental sont décrites telles que l’âge de ceux-ci, la problématique psychosociale vécue, le type de milieu de vie, la présence d’antécédents psychiatriques et le signalement de troubles cognitifs, s’il y a lieu. Nous présentons également les résultats obtenus avec deux outils de mesure : les effets de l’art-thérapie sur les symptômes dépressifs ont d’abord été mesurés à partir de l’échelle de dépression de Beck (1961) – jointe en annexe I ; puis, les productions artistiques des patients ont été évaluées à partir d’une grille d’observation des éléments graphiques de l’image inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale* (FEATS) de Linda Gantt (1998).

Cet outil (voir annexe II) est une adaptation de la version originale pour les besoins de notre recherche. Des explications détaillées seront fournies à la section 3.1.4 . Enfin, les observations et les commentaires des participants et des intervenants recueillis durant le déroulement de cette recherche sont décrits. Nous terminons avec une récapitulation de nos observations en tant que chercheur/stagiaire de la pratique de l'art-thérapie à domicile.

### **3.1 Déroulement de l'expérience**

Dans cette section, nous présentons brièvement le fonctionnement du milieu dans lequel notre recherche s'est déroulée : le type de services offerts, les sources et les modalités des références externes (collaborateurs du réseau de la santé et des services sociaux), la composition de l'équipe traitante. Les modalités de recrutement des sujets (dépistage de la clientèle cible, prise de référence, contact avec la clientèle et première entrevue à domicile) sont expliquées. Nous traitons aussi des éléments à considérer lors de l'accompagnement au domicile tels que la prise de rendez-vous, la première visite, la trousse de matériel d'art requis pour effectuer le travail art-thérapeutique et le transport. Le déroulement de l'expérience sera décrit d'après le protocole de recherche soumis au comité d'éthique de l'établissement. Le formulaire d'information et de consentement est joint en annexe III. Enfin, les paramètres de mesure utilisés seront expliqués dont la grille d'observation des images inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale* (FEATS) développé par Linda Gantt (1998) et de l'échelle de dépression (*Beck Depression Inventory*).



### **3.1.1 Contexte de réalisation**

La démonstration de la faisabilité de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées pose des difficultés importantes, car cette modalité d'intervention est peu connue et les résistances à produire des images chez les personnes âgées sont présentes. Notre détermination et notre conviction personnelle quant aux effets bénéfiques de l'art-thérapie à domicile ont été le leitmotiv de la présente recherche. Après plusieurs années de travail auprès des personnes âgées, le besoin de connaître les effets de l'application à domicile de l'art-thérapie était souhaitable. Considérant le peu ou l'absence de recherche sur la pratique de l'art-thérapie à domicile, la réalisation d'une étude pilote de faisabilité a été retenue en tant que recherche préliminaire. La période expérimentale a duré environ trois mois soit du 19 février 2001 à la fin avril 2001.

### **3.1.2 Description du milieu d'investigation**

Les liens de collaboration tissés au fil des ans avec l'équipe de psychogériatrie lors de nos fonctions antérieures ont influencé le choix du milieu de stage. La clinique accueillait, pour la première fois, une stagiaire en art-thérapie. Le service de psychogériatrie de cet hôpital francophone de la région de Montréal existe depuis plus de quatorze ans. Son mandat principal est d'offrir des services psychiatriques spécialisés et de qualité à la population âgée de plus de 65 ans et de répondre à leurs besoins spécifiques. La majorité des évaluations psychiatriques et du suivi thérapeutique

s'effectuent à domicile, dans la plupart des cas, sauf lorsque les personnes âgées peuvent se déplacer à la clinique. Dans l'organisation des services de santé, la clinique offre des services d'évaluation et de consultation aux médecins de famille et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux qui interviennent directement auprès de la clientèle. L'expertise professionnelle des intervenants de la clinique permet de poser un diagnostic psychiatrique et d'établir un plan de traitement thérapeutique et pharmacologique. La clinique offre des services ambulatoires aux personnes âgées sur un vaste territoire incluant cinq régions administratives de Centres locaux de services communautaires. Les services cliniques offerts comprennent l'évaluation psychiatrique à domicile réalisée par un médecin psychiatre ainsi qu'un autre professionnel membre de l'équipe. Le stagiaire se joint habituellement à cette équipe. Comme nous l'avons vu au premier chapitre, l'intervention à domicile permet une évaluation souvent plus complète de la situation vécue par la personne âgée et de son réseau d'entraide; le contexte diffère du contact qui s'établit habituellement en cabinet privé. La mise en place de services d'art-thérapie à domicile s'inscrit dans une perspective novatrice autant pour les personnes âgées que pour les membres de l'équipe. Nous sommes en présence d'une première expérience directe de cette modalité d'intervention peu connue.

Le traitement des demandes d'évaluation psychogériatriques s'effectue selon les étapes suivantes : 1) lors de la réception de la référence, une évaluation initiale de la demande est effectuée par l'infirmière de la clinique. Celle-ci vérifie si la référence correspond aux critères de prise en charge tels que la présence de troubles psychiatriques reliés au vieillissement, l'identification des personnes ressources et des aidants naturels,

le médecin de famille impliqué auprès du patient et le suivi communautaire de la personne (CLSC, services communautaires et autres renseignements pertinents) ; 2) lorsque le dossier est complet, celui-ci est alors présenté à la rencontre hebdomadaire de l'équipe multidisciplinaire ; 3) un premier rendez-vous est alors fixé dans les plus brefs délais. L'équipe traitante est constituée d'une secrétaire, d'infirmières, d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, des médecins psychiatres dont le chef de service. Des stagiaires de différentes disciplines sont intégrés aux réunions de l'équipe. D'autres services font partie des activités de la clinique tels que le support spécialisé aux établissements comme des CHSLD (Centres d'hébergement de soins de longue durée) et la formation d'étudiants provenant de champs variés d'étude (psychologie, soins infirmiers, médecine et autres disciplines). Des services d'hospitalisation à l'intérieur de l'hôpital sont aussi disponibles tels qu'un séjour en hôpital de jour et/ou dans une unité de soins actifs de psychogérontrie. À la suite de l'évaluation initiale, une référence peut être effectuée auprès d'un intervenant membre de l'équipe traitante comme l'ergothérapeute, le psychologue, le travailleur social ou le stagiaire de la même formation ou d'autres disciplines. Notre travail s'inscrit dans ce cadre.

### **3.1.3 Recrutement des sujets**

Les sujets recrutés proviennent de la clientèle actuelle de la clinique de psychogérontrie. Ceux-ci ont constitué le groupe expérimental dont la moyenne d'âge est évaluée à près de 70 ans. Les critères de sélection sont : 1) la présence d'un diagnostic de dépression et/ou de troubles d'anxiété ; 2) de résider à domicile ; 3) de consentir à participer à la recherche. Dans la présente recherche, le mot *domicile* est utilisé au sens

large du terme et inclut toute personne qui ne réside pas dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. Les religieuses demeurant dans leur communauté sont donc des sujets possibles pour cette recherche puisque leur vie en communauté représente leur domicile depuis de nombreuses années. Les personnes présentant des troubles cognitifs reliés à des démences de différents types (modérés et sévères) ont été exclues de la présente recherche.

Cette recherche, comme nous l'avons déjà mentionné, s'est déroulée du début de février 2001 à la fin d'avril 2001. La taille de l'échantillon est évaluée à environ six personnes. Les sujets qui correspondaient aux critères de sélection et qui ont bénéficié de séances individuelles d'art-thérapie depuis le début du stage (septembre 2000) ont été sollicités pour participer à la recherche en plus des sujets qui ont été recrutés durant la période expérimentale.

Le recrutement des sujets respectait les étapes suivantes : lors de la réunion d'équipe, les clients cibles présentant un profil dépressif ou d'anxiété étaient orientés vers le chercheur/stagiaire en art-thérapie. Il était possible alors d'assister à l'entrevue initiale d'évaluation avec les membres de l'équipe. En d'autres circonstances, les références pouvaient provenir d'infirmières cliniciennes et d'autres membres de l'équipe qui à même leurs dossiers de suivi (charge de cas), identifiaient des clients possibles pour la recherche et susceptibles de bénéficier d'un suivi par l'art-thérapie. Les membres de l'équipe communiquaient directement avec le patient afin d'obtenir leur consentement verbal pour établir un premier contact avec l'art-thérapeute. Si la personne donnait son

approbation, il y avait alors une communication téléphonique avec le patient pour expliquer en quoi consistait un accompagnement par l'art-thérapie et pour fixer un premier rendez-vous. Lors de la première visite, des explications étaient fournies sur le but et le déroulement d'une séance d'art-thérapie. La réassurance et la démystification de la production de l'image étaient habituellement les deux points traités avec la personne âgée lors de cette première rencontre. Ensuite, la fréquence des rendez-vous était fixée selon les disponibilités de l'art-thérapeute et du patient.

#### **3.1.4 Méthodologie et paramètres de mesure**

La proposition initiale de cette recherche s'est transformée, au fil des étapes, jusqu'à son approbation finale par le comité d'éthique de l'hôpital. L'affirmation de départ selon laquelle l'art-thérapie à domicile pouvait avoir des incidences sur les états dépressifs des personnes âgées, avait des implications méthodologiques majeures pour le comité d'éthique et d'évaluation scientifique de l'hôpital. Le recours à une méthodologie quantitative rigoureuse avec des groupes contrôlés et expérimentaux comparables aurait été, dans ce cas, nécessaire en plus de devoir produire un devis de recherche plus complexe. Une étude pilote de faisabilité permettait d'utiliser une méthode mixte d'investigation et s'avérait plus réaliste et faisable.

Selon Patton (1990), l'utilisation de techniques et de méthodes rigoureuses pour obtenir des données de qualité supérieure, la crédibilité du chercheur et ses croyances philosophiques dans le paradigme étudié, sont les trois facteurs importants qui

déterminent la validité d'une recherche qualitative. Dans le cas présent, nous utilisons une méthode mixte d'investigation. La première est qualitative et la deuxième a recours à deux éléments de mesure quantitative pour quantifier des variables précises et enrichir l'analyse des résultats. La méthodologie utilisée n'a pas la prétention de contrôler scientifiquement les paramètres de mesure. Elle vise plutôt à nous éclairer davantage sur l'importance du contrôle de certaines variables si un autre devis de recherche sur la même question était élaboré dans l'avenir.

La formation de concepts en recherche a été étudiée par Bulner (1979), Brannen (1992), Mertens (1997), pour ne nommer que ceux-ci. Bulner (1979) affirme que les ambiguïtés et les imprécisions des concepts étudiés sont à l'origine des déficiences de base des théories sociales. Deux solutions peuvent remédier à ce problème : le développement d'une méthode spécifique en isolant des variables (méthode quantitative) ou le recours à des méthodes empiriques et théoriques (méthode mixte). Selon Bulner (1979), « Sensitizing concepts give the user a general sense of reference and guidance in approaching empirical instances » (p. 654). Une approche par l'expérience directe est, selon lui, une alternative intéressante pour élaborer des concepts et développer des théories. D'après Mertens (1997), cette méthode constitue l'essence de la recherche qualitative. Notre démarche en tant que chercheuse s'inspire du postulat de Mertens (1997), car les observations cliniques à partir des études de cas sont appuyées par des outils de mesure pour tenter d'objectiver et d'équilibrer le cadre de l'analyse des données obtenues. Il est intéressant de noter que l'intégration de croisement de données peut enrichir la valeur scientifique de simples études de cas classiques utilisant une

méthodologie qualitative. Patton (1990) expose différentes méthodes de triangulation : la conciliation des données qualitatives et quantitatives, la présence de plusieurs analystes des données éliminant certains facteurs qui peuvent biaiser la recherche, la variété des sources de données, le recours à plus d'une théorie pour expliquer le phénomène étudié. Il demeure néanmoins que malgré certaines considérations telles que des délais restreints pour actualiser celle-ci, nous avons opté pour la présente étude pilote de faisabilité. Nous avons jugé intéressant que des outils de mesure, aussi simples soient-ils, puissent ajouter des considérations concrètes à la lecture des résultats obtenus et fondés sur notre expérience subjective en tant que chercheuse-stagiaire. Par ailleurs, Mertens (1997) considère la valeur de l'approche qualitative. L'approche par l'expérience directe, retenue par la méthode qualitative, favorise la découverte d'un sens nouveau à un phénomène et sans avoir une idée préconçue. Selon Mertens (1997), « the key words associated with qualitative methods include complexity, contextual, exploration, discovery, and inductive logic» (p. 160).

La méthode mixte d'investigation de la présente recherche comprend, au plan de la méthode qualitative, des études de cas (vignettes cliniques), des notes d'observations et des images réalisées de l'évolution du traitement (diminution des symptômes psychiatriques), des observations des membres de l'équipe et de l'évaluation psychiatrique. Au plan de la méthode quantitative, nous utilisons des outils de mesure : des données obtenues à la suite de l'usage de la grille (adaptée) d'observation des éléments graphiques (FEATS) et de l'échelle de dépression de Beck (1961). Nous

obtenons ainsi des indications sur les éléments importants à considérer lors de la pratique de l'art-thérapie à domicile et de ses effets possibles sur les symptômes dépressifs.

Jusqu'au début des années 1990, la recherche en art-thérapie adoptait principalement une méthodologie qualitative. Depuis, les recherches tendent à démontrer l'efficacité de l'art thérapie d'une manière plus scientifique et l'on reconnaît le bien-fondé d'une méthodologie mixte d'investigation. Il n'en demeure pas moins qu'il est délicat d'arriver à savoir si l'amélioration des symptômes d'un client sont attribuables aux effets des médicaments, à un changement dans la situation personnelle du sujet, aux qualités personnelles du thérapeute ou à la motivation personnelle du sujet. Mesurer et quantifier ce qui demeure très subjectif dans la rencontre thérapeutique pose un défi important. La présente étude pilote de faisabilité de l'art-thérapie à domicile représente une première étape qui peut se voir comme une contribution afin d'arriver à mesurer, d'une façon beaucoup plus exhaustive, les variables impliquées dans le déroulement d'une psychothérapie. Nous joignons notre voix à celle d'autres chercheurs qui tentent d'étudier et de solutionner cette question fondamentale. Nous traiterons séparément des deux méthodologies utilisées.

Dans un premier temps, la méthode d'investigation qualitative traitera des aspects suivants : 1) l'observation clinique effectuée par l'art-thérapeute (prise de notes cliniques à la suite des séances d'art-thérapie et de la supervision "individuelle" assurée par un professeur de l'université et par un superviseur du milieu de stage) ; 2) les commentaires de la personne elle-même et des principaux intervenants auprès de la personne (conjoint,



réseau d'entraide, médecin psychiatre, intervenants de la clinique et autres personnes significatives pour la personne âgée) ; 3) le support de vignettes cliniques pour illustrer mon propos (voir chapitre 4 ) ; 4) les observations directes tirées de notre propre expérience de l'art-thérapie dans la demeure du client. Les résultats seront traités à partir des observations cliniques et de l'expérience acquise en tant que chercheure/thérapeute/stagiaire, les commentaires du réseau de soutien, les observations de membres de l'équipe de la clinique de psychogériatrie et, s'il y a lieu, le réseau de soutien de la personne âgée. La méthodologie utilisée pour les études de cas est celle de l'étude de cas unique (*Single Case Design*).

Dans un deuxième temps, la méthode quantitative a recours à deux unités de mesure simple. La première se penche sur le contrôle des effets de l'art-thérapie sur les symptômes dépressifs présentés par les personnes âgées, à savoir l'échelle de dépression de Beck (1961). Nous avons eu recours à la version française de Gauthier, Morin, Thériault, & Lawson, (1982). Elle a été employée au début de la phase du traitement art-thérapeutique et à la fin, ceci pour les sujets qui nous avaient été référés à la fin de fin janvier 2001 et suivis jusqu'à la fin prévue du stage, en avril 2001. Pour les sujets qui ont débuté un suivi au début du stage (septembre 2000), l'échelle de Beck a été administrée en même temps que les autres sujets. Ce dernier outil a été retenu comme instrument de mesure pour deux raisons : la simplicité de ses questions et la possibilité pour la personne âgée d'y répondre par elle-même. L'échelle de Beck (1963) pose vingt et une questions qui comprennent trois degrés d'affirmation augmentant selon la sévérité des symptômes. La personne doit choisir l'affirmation qui correspond le mieux à son évaluation

personnelle de son humeur actuelle. L'interprétation des résultats se base sur le cumulatif obtenu à la suite de l'administration de l'échelle :

- Un score de 1 à 10 indique l'absence de dépression ;
- Un score de 11 à 16 indique une dépression légère ;
- Un score de 17, une dépression clinique et de 17 à 20, un seuil limite pour un état dépressif plus important ;
- Un score de 21 à 30 indique une dépression modérée ;
- Un score de 31 à 40 indique une dépression sévère ;
- Un score de 41 et plus, une dépression extrême.

Nos brefs essais cliniques ont indiqué que nous devons souvent supporter la personne âgée lorsque qu'elle répond aux questions, car celles-ci soulèvent parfois des émotions intenses. Sur le plan éthique, il aurait été préférable qu'un intervenant externe administre ce test afin d'éviter de biaiser des résultats. Lors de l'administration et de la reprise du test, les résultats auraient pu être faussés involontairement par notre désir, en tant que chercheure, d'obtenir des différences et d'ainsi démontrer l'efficacité du traitement. Ces données seront comparées et ne subiront pas de traitement statistique. Notre objectif est de fournir des indications sur les tendances observées.

Le deuxième élément de mesure simple évalue la production des images faites lors des rencontres individuelles. Cette production sera assujettie à une évaluation réalisée à partir de l'adaptation d'une grille d'observation des éléments graphiques de l'image inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale* (Gantt,1998) ci-jointe en annexe II.

Nous avons apporté des modifications majeures à celle-ci afin de simplifier l'analyse des résultats. Nous avons voulu objectiver la lecture des images à l'aide d'un outil modifié afin de comparer les résultats obtenus par chacun des sujets. Notre but n'était pas de nous en servir comme outil de diagnostic tel que l'utilise Gantt (1998). Nous avons retenu huit items au lieu de quatorze:

- l'utilisation de la couleur (le dessin du contour ou de l'intérieur de l'objet dessiné) ;
- l'utilisation de l'espace sur la feuille ainsi que la disposition du dessin (centre, milieu, droite) ;
- le réalisme de l'image ;
- l'énergie (investissement et motivation) produite pour réaliser le dessin ;
- l'organisation spatiale ;
- la persévérance (tendance à repasser continuellement au même endroit) ;
- le détail des objets et de l'environnement ;
- la qualité des lignes (faibles ou fortes, brisées ou continues).

Nous avons éliminé les éléments suivants, présents dans la grille d'analyse du FEATS : la rotation, la présence de personnage humain, la notion de solution de problèmes, l'évaluation graphique selon l'âge mental du patient. Nous avons ajouté le nombre de couleurs utilisées dans la production de chaque image. Nous avons par la suite codé chaque image et effectué une compilation des données.

### 3.1.5 Limite des résultats de la recherche

Il est difficile de comparer les résultats obtenus parce que la composition du groupe-sujets n'est pas homogène. Plusieurs variables importantes n'ont pas été mesurées, telles le niveau d'autonomie fonctionnelle des sujets, le niveau de scolarité, la qualité du réseau d'entraide, l'état de santé, la situation financière et la présence de diagnostics psychiatriques antérieurs. D'autres facteurs comme la consommation de la même catégorie d'antidépresseurs, d'alcool, le changement de médicaments, la réception d'électrochocs, le suivi par d'autres intervenants de la clinique ou de la communauté (CLSC), l'utilisation de ressources communautaires et enfin la présence de déficits cognitifs (indiquant la présence et le développement d'une démence de multiples formes) n'ont pas été parmi les paramètres étudiés. Les exigences de notre scolarité ont influencé inévitablement les conditions et les résultats de notre recherche car, dans un cadre idéal, le recrutement et la sélection de sujets auraient été plus systématiques et le suivi de plus longue durée. Il n'en demeure pas moins que le travail réalisé contribuera certainement à établir les bases d'une pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées.

D'autres facteurs limitent l'interprétation des résultats tels la non-standardisation de nos outils de mesure. La grille d'observation des éléments graphiques de l'image inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale* (FEATS) n'a pas été validée ni testée, au préalable. C'est à prendre en considération. En bout de piste, ces résultats fourniront uniquement des indications quant aux tendances picturales qui se manifestent chez les

sujets en ce qui a trait à la production d'images, par rapport à toutes les images produites par l'ensemble des participants. Il ne sera pas possible de procéder à une plus grande généralisation des résultats.

### **3.2 Analyse des résultats**

Dans un premier temps, nous décrirons l'échantillon des sujets formant le groupe expérimental. Par la suite, nous traiterons des résultats consécutifs à l'utilisation des deux outils de mesure : les effets de la pratique de l'art-thérapie sur les symptômes dépressifs mesurés à partir de l'échelle de dépression de Beck (1961), et l'identification des caractéristiques des œuvres produites à partir d'une grille d'analyse de l'image. Enfin, partant de notre expérience, nous élaborerons les modalités de la pratique de l'art-thérapie à domicile et nos observations cliniques en tant que chercheure. Les commentaires des participants, des membres de l'équipe et de collaborateurs à la présente recherche seront inclus à la fin de la présente section. Enfin, nous terminerons ce présent chapitre par l'analyse des résultats à l'aide de vignettes cliniques (études de cas) qui témoignent de l'expérience directe de la pratique de l'art-thérapie à domicile avec les personnes âgées et de ses effets thérapeutiques.

#### **3.2.1 Recrutement des sujets et formation du groupe expérimental**

L'échantillon des sujets répondant aux critères de sélection est plus petit que ce que nous avons anticipé lors du début de notre expérimentation. Les raisons sont les

suivantes : les refus de quelques sujets et un nombre restreint de nouveaux cas acheminés vers nous durant la période expérimentale. Pour ces raisons, notre échantillon est donc limité à quatre sujets de sexe féminin. Le tableau I fournit une vue d'ensemble des caractéristiques individuelles de chacun des sujets.

**TABLEAU I - TABLEAU COMPARATIF DES SUJETS**

Sujets femmes	Âge	Lieu de résidence	Antécédents psychiatriques	Événement déclencheur	Diagnostic psychiatrique
Sujet 1	72	Domicile	Aucun	Deuil époux	Dépression
Sujet 2	78	Domicile	Aucun	Deuil époux	Dépression
Sujet 3	74	Domicile	Oui	Deuil époux	Dépression
Sujet 4	89	Comm. religieuse	Aucun	Stress à la suite de plusieurs interventions chirurgicales sur courte période de temps	Trouble d'anxiété sévère

Les trois premiers sujets présentent des caractéristiques communes en raison de l'âge, du sexe, du lieu de résidence, d'un vécu de deuil, de leur rôle d'aidant auprès de leur conjoint et la présence d'un diagnostic de dépression. Le sujet 3 possède des antécédents psychiatriques et des déficits cognitifs en évolution tandis que les autres sujets sont lucides et bien orientés. Celui-ci est l'unique sujet qui reçoit des services à domicile. Le sujet 4 diffère par son lieu de résidence, son âge avancé, son diagnostic et

les événements précipitants. Nous avons retenu ce sujet à cause de la particularité des résultats obtenus à la suite de l'intervention art-thérapeutique. Trois de ces quatre cas cliniques seront étudiés dans le prochain chapitre. Les suivis individuels de la plupart des sujets ont comporté plusieurs séances (plus de vingt), sauf pour le sujet 2 (onze rencontres individuelles).

### **3.2.2 Échelle de dépression**

Les résultats des effets de l'art-thérapie sur les symptômes dépressifs, mesurés à partir de l'échelle de dépression de Beck (1961) sont cumulés dans le tableau II présenté ci-après. Les résultats obtenus par les sujets 1 et 2 sont comparables, puisque le profil individuel de chacun est similaire. L'interprétation des résultats indique une diminution importante des symptômes dépressifs selon l'échelle d'interprétation (Beck, 1961). Les scores au début de la phase expérimentale situent la dépression à un stade modéré (résultats entre 21 et 30) et à la reprise (fin de période expérimentale) à la présence d'une humeur normale sans symptômes de dépression (résultats entre 1 à 10). Le sujet 3 a obtenu un score identique aux deux premiers sujets lors du test initial, mais nous avons constaté une hausse importante lors de la reprise du test (score de 41 qui équivaut à une dépression extrême). Malgré cette augmentation majeure des symptômes de dépression, le médecin psychiatre ainsi que la travailleuse sociale de l'équipe ont constaté une amélioration de l'humeur présentée par ce sujet lors de la rencontre subséquente. Il n'en demeure pas moins que les facteurs qui ont influencé ce résultat peuvent être multiples et il faut reconnaître qu'il est risqué d'affirmer que l'amélioration ne soit due qu'à l'art-thérapie. La fin de nos rencontres individuelles, des facteurs inconnus, des éléments de

stress vécus par le sujet et non identifiés, ont peut être influencé à la hausse ces résultats. Le sujet 4 a obtenu un résultat de 7 au premier test confirmant l'absence de problèmes de dépression. Nous ne l'avons pas passé une seconde fois, parce que l'humeur de ce sujet était très stable et que son profil individuel différait largement des autres sujets.

**TABLEAU II –TABLEAU COMPARATIF : ÉCHELLE DE DÉPRESSION**

Sujets	Premier résultat	Deuxième résultat
Sujet 1	23	6
Sujet 2	21	8
Sujet 3	22.5	41
Sujet 4	7	—

D'après ces résultats, nous pouvons présumer que l'art-thérapie pourrait avoir une incidence significative sur les symptômes dépressifs présentés par les personnes âgées. Cependant, une recherche plus approfondie contrôlant davantage les paramètres de mesure (même âge, même sexe, même environnement, même médication, même facteur déclenchant, même situation psychosociale, même situation économique) réalisée avec des groupes comparables (contrôle et expérimental) pourrait confirmer l'hypothèse principale de cette recherche. Une recherche comparative entre des personnes demeurant à domicile et en résidence pourrait nous conduire à d'autres observations intéressantes



sur l'impact du milieu de vie et des effets de l'art-thérapie pratiquée au domicile de la personne âgée sur les symptômes dépressifs qu'elles éprouvent.

### **3.2.3 Analyse des éléments graphiques de l'image**

La grille d'observation des éléments graphiques des images nous indique une variabilité importante dans le cumulatif des points obtenus par chacun des sujets. Le tableau III présente les résultats généraux obtenus par chacun d'entre eux. Nous avons calculé la somme des cotations individuelles obtenues lors de la réalisation de la première et de la dernière image produites dans le cadre de chaque séance d'art-thérapie et nous avons effectué le calcul moyen de l'ensemble de toutes les images produites individuellement. Le calcul des résultats a respecté le système de pointage que nous avons établi dans la grille d'observation. Un barème de cinq points était possible pour chaque item. Le résultat le plus bas (1) correspondait, par exemple, à l'absence de couleur, tandis que le résultat (5) était attribué à un dessin comprenant des couleurs multiples. Pour chacun des paramètres tels l'espace, le réalisme, l'organisation spatiale, etc., la quantification des résultats était la même. La cotation des images posait parfois des problèmes d'interprétation car l'outil n'a pas été standardisé. Comme il en a été fait mention dans la section précédente, notre objectif était de tenter d'objectiver la lecture des images afin de pouvoir comparer les résultats. Pour terminer, nous avons établi la moyenne de production des images par le groupe-sujets afin de comparer les résultats obtenus individuellement et de vérifier l'effet de l'intervention de l'art-thérapie sur la production des images du groupe-sujets.

**TABLEAU III – RÉSULTATS GÉNÉRAUX DES ÉLÉMENTS GRAPHIQUES  
DES IMAGES PRODUITES PAR CHACUN DES SUJETS**

<b>Sujets</b>	<b>Première image Total cumulatif des points</b>	<b>Dernière image Total cumulatif des points</b>	<b>Moyenne des points cumulés</b>
Sujet 1	20	47	33.7
Sujet 2	35	46	37.7
Sujet 3	20	29	21
Sujet 4	43	48	46.8
Résultats Moyens	29.5	42.5	34.75

Le tableau III fournit certaines indications quant à l'évolution personnelle de la production graphique de chacun des sujets. Nous observons une augmentation progressive de leur pointage individuel si nous comparons les résultats obtenus lors de la production de la première image à ceux de leur dernière image réalisée. Cette remarque peut s'appliquer à la totalité du groupe sujets. Le score moyen est de 29,5 lors de la première image et de 42,5, à la dernière avec un résultat moyen de 34,7 établissant le niveau de base pour l'ensemble de la production de l'ensemble des sujets.

Si nous analysons chacun des sujets, nous observons des différences individuelles dans les résultats obtenus. Le sujet numéro 1 présente un score moyen de 35 au début des rencontres et de 47 à la fin ; le sujet numéro 2 de 35 pour un résultat de 46 à la dernière image produite tandis que le sujet numéro 3, une augmentation de neuf points, et enfin le sujet numéro 4 qui avait au départ un niveau plus élevé que les autres sujets (43), augmente de cinq points (48). Ces résultats posent néanmoins des difficultés quant à leur interprétation. L'amélioration de l'humeur des sujets telle qu'observée lors de l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck influencent peut-être la qualité des images produites ; mais, il se peut aussi que l'apprentissage de la production d'images influence la qualité plastique de celles-ci. La variabilité des résultats serait peut-être la conséquence d'un apprentissage artistique. Nous pouvons donc penser qu'il est possible que l'investissement des sujets dans la production d'images soit le résultat du travail art-thérapeutique accompli, car nous avons constaté le réinvestissement des sujets dans les activités de la vie quotidienne et domestique. De plus, lorsque nous comparons la tendance générale du groupe, nous constatons une augmentation pour tous les sujets par rapport à la moyenne du pointage de l'ensemble des images produites. Alors, il est possible de prétendre que de multiples facteurs influencent ces résultats dont l'apprentissage de la production de l'image et possiblement l'amélioration de l'humeur à la suite de l'accompagnement art-thérapeutique et du traitement prescrit par le médecin psychiatre. Le chapitre 4 fournira plus de détails sur cette interprétation des résultats qui laissent croire que les sujets augmentent leur capacité de s'investir dans la vie et gagnent ainsi de l'autonomie.

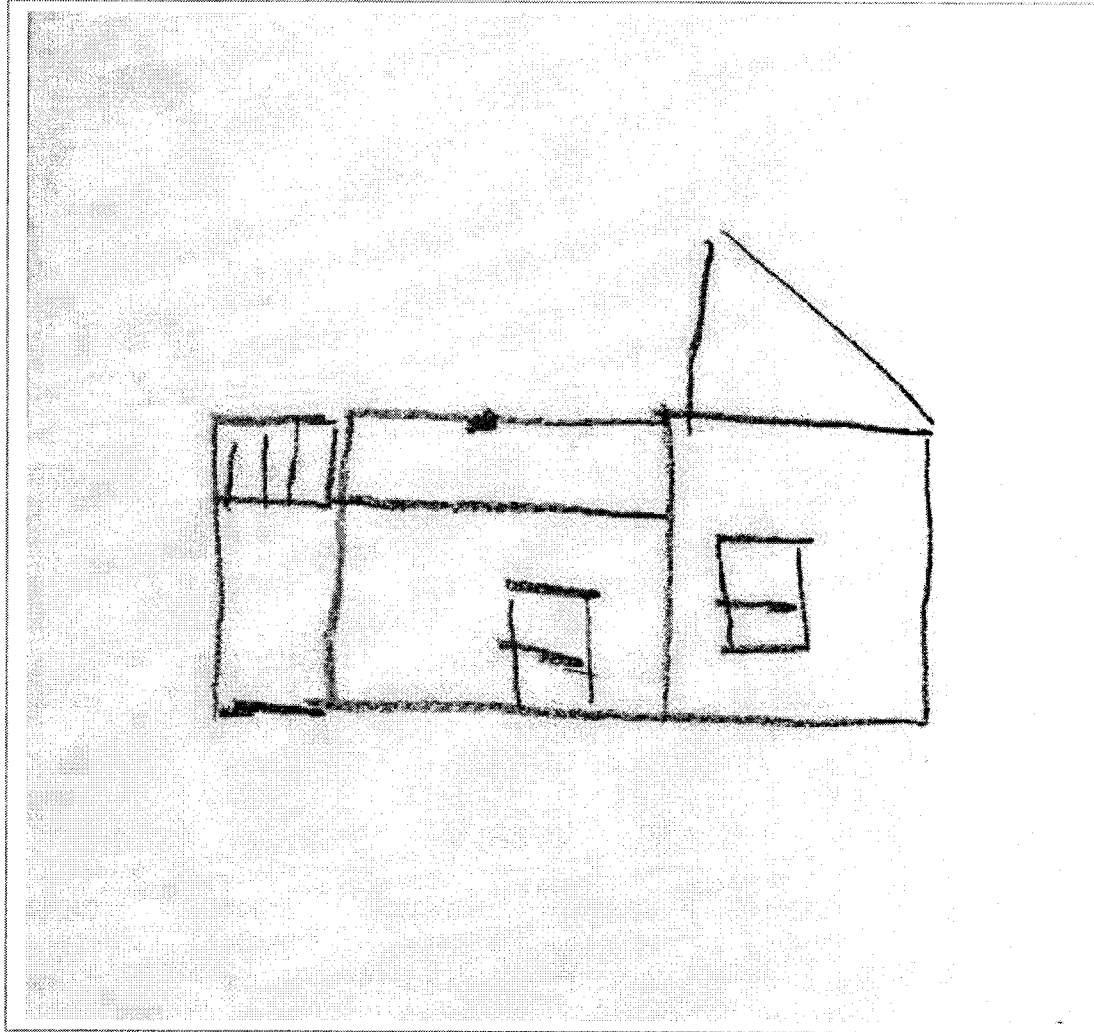


Figure 1

*Maison I*

D'autres observations ont attiré notre attention. D'une part, nous avons observé chez le sujet numéro 1, une augmentation significative de l'utilisation de la couleur vers la fin des rencontres individuelles. Le profil des images produites par celui-ci indique l'utilisation à plusieurs reprises d'une couleur unique qui varie entre le noir, le brun et le bleu. Ce sujet exécute uniquement le contour des objets qu'il dessine. Il y a une

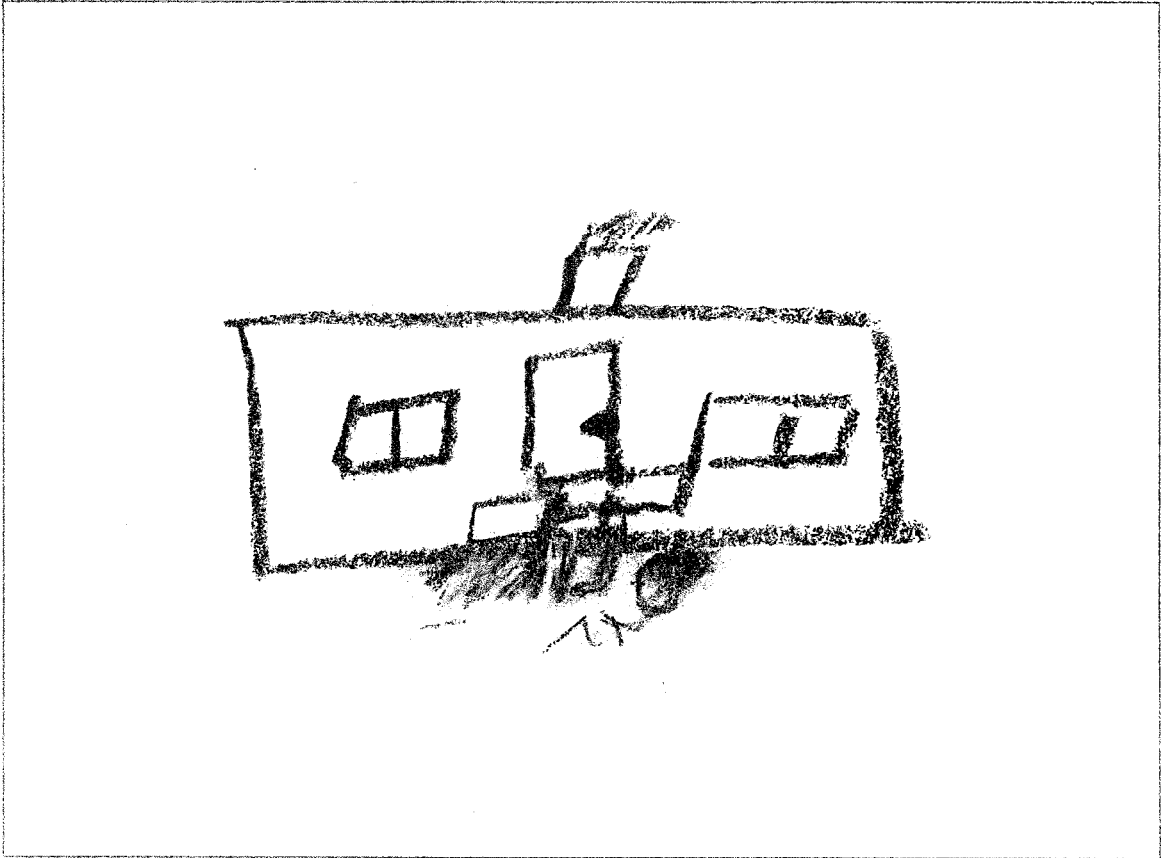
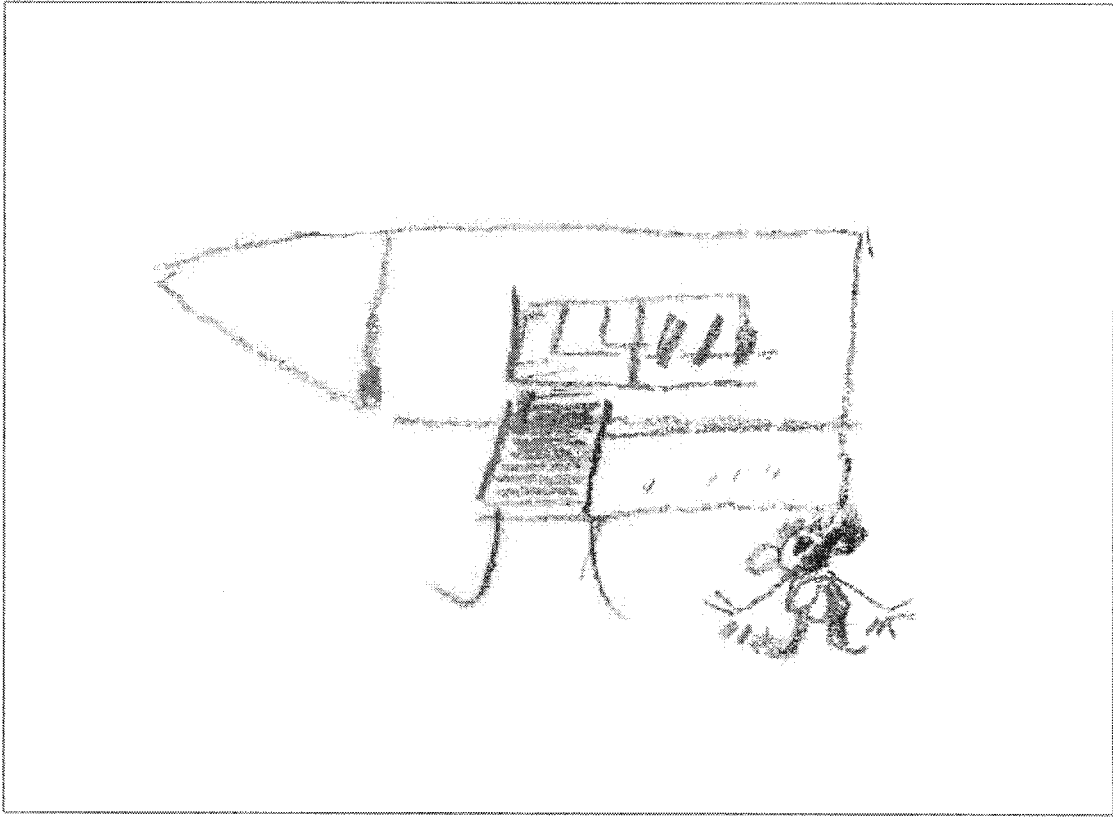


Figure 2

*Maison II*

augmentation à tous les niveaux (énergie, qualité des lignes, couleurs) des cotations totales obtenues dans la production des images. D'autre part, le sujet numéro 2 présente un niveau de base dans sa production picturale plus élevé que le sujet numéro 1 (35 par rapport à 20 lors de la réalisation de la première image). Ce sujet utilise plus de trois couleurs et un espace plus grand sur la feuille. Par ailleurs, le sujet numéro 3 présente le résultat le plus bas : il se situe au-dessous de la moyenne des résultats moyens du groupe. Les images produites sont élémentaires par rapport à la représentation de la réalité si nous comparons son image à la production des autres sujets (voir par exemple, la figure 1). Nous observons peu de variabilité dans les images produites. Ce sujet représente plusieurs fois une maison, avec l'ajout d'un personnage qui, vers la fin des rencontres



**Figure 3**

***Maison III***

individuelles, évolue vers l'extérieur de la maison (voir figures 1, 2, 3 et 4). Le contenu de ces images nous indique l'objet de sa préoccupation principale, c'est-à-dire prendre la décision d'aller vers un autre milieu, vers un centre d'hébergement. Madame a fait une maison noire au début du deuil récent de son époux et la couleur de cette demeure s'est modifiée (vert) au fil des rencontres. La place de l'unique personnage représenté a évolué vers la sortie de la maison, ce qui peut être une indication que le processus vers le changement de milieu était de plus en plus intégré par celle-ci. Les caractéristiques des images produites (régression, lignes brisées, persévération) par ce sujet s'apparentent aux résultats observés par Judith Wald (1984) mentionnés au chapitre 2. Dans le cas présent,

la production de l'image a permis de communiquer directement avec une personne qui présente des déficits cognitifs, en plus de nous permettre d'adopter des

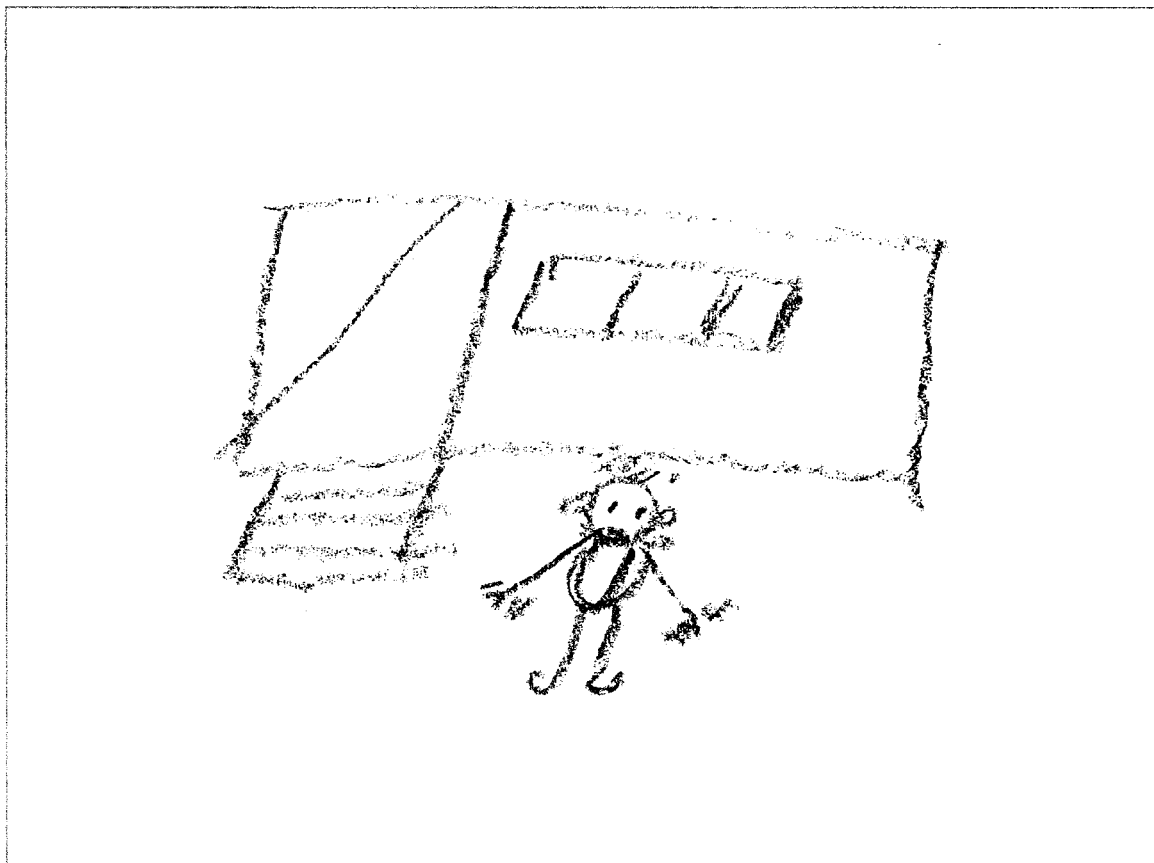


Figure 4

*Maison IV*

stratégies d'intervention adaptées à l'univers affectif, psychologique et intellectuel de cette personne. Ainsi, l'art-thérapie peut fournir un espace d'exploration intérieure a des personnes qui présentent un double diagnostic de dépression et de troubles cognitifs. Enfin, le dernier sujet (sujet 4), malgré son grand âge, investit l'image au complet et utilise une gamme complète de couleur. La présence de dispositions artistiques antérieures facilite parfois le réinvestissement narcissique de la personne. Le chapitre 4,

décrit les particularités du travail d'accompagnement art-thérapeutique réalisé auprès de cette religieuse âgée de 89 ans.

Ces résultats indiquent donc un changement dans la production graphique des images réalisées par l'ensemble des sujets. Malgré la variabilité des résultats individuels obtenus par chacun des sujets, on observe une constante, à savoir une augmentation du pointage obtenu particulièrement chez les trois premiers sujets qui présentaient une problématique de résolution de deuil. Nous observons une augmentation de l'utilisation de la couleur, de l'utilisation de l'espace, particulièrement vers la fin du traitement, tout en obtenant parallèlement, une diminution des symptômes de dépression. Selon Simon (1981), le changement dans le style artistique est pratiquement présent dans toute la production d'images des enfants et des adultes lors de la résolution d'un conflit de deuil. Ainsi, nous pouvons penser que les séances individuelles d'art-thérapie peuvent influencer positivement la résolution d'un deuil et peuvent constituer un traitement complémentaire au traitement du médecin psychiatre et au suivi thérapeutique du personnel de la clinique de psychogériatrie.

#### **3.2.4 Considérations sur la pratique de l'art-thérapie à domicile**

En identifiant les paramètres nécessaires à l'intervention art-thérapeutique directement au domicile, certaines considérations nous ont semblé devoir être exprimées.



Tout d'abord, offrir des services d'art-thérapie à domicile pose certaines difficultés. Le recrutement doit se faire avec délicatesse. La relation de confiance n'est pas immédiate et nous observons du scepticisme quant à l'efficacité de cette modalité thérapeutique relativement récente. De plus, il semble qu'il faille rassurer les clients potentiels qui se montrent préoccupés quant à la valeur esthétique des productions qu'elles peuvent réaliser.

La dimension relationnelle joue un rôle déterminant dans le processus thérapeutique. Nous avons constaté que l'établissement d'une relation de confiance en début d'intervention était une étape clé. Lorsqu'une relation significative s'est établie avec le sujet, nous voyons les résistances à la production d'images s'atténuer. Dans le cadre de notre stage, nous avons eu quelques refus ; pour ces personnes, le recours à la production d'images était perçu comme menaçant et contribuait à créer un fort sentiment d'anxiété. Enfin, notons que chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, nous avons observé certaines difficultés pour elles à s'engager dans la production d'images; ceci pourrait refléter le sentiment que vivent ces personnes, à savoir qu'aucune issue n'existe à leur problème. L'art-thérapie à domicile serait donc une pratique réalisable si le recrutement des sujets respecte certaines étapes préliminaires.

La pratique de l'art-thérapie à domicile exige d'établir un cadre stable de rencontres qui respecte les besoins de la personne et son milieu de vie. La confidentialité et le respect de l'intimité sont des conditions essentielles. Il faut, autant que possible,

prévenir les visites à l'improviste, la présence d'un autre membre de la famille ou d'un autre intervenant sur les lieux. La durée des rencontres peut être variable selon les sujets visités. Une fois le matériel installé, les rencontres durent habituellement cinquante minutes. Il faut être très réceptif au rôle actif que peut jouer la personne âgée dans l'établissement du cadre thérapeutique (voir chapitre 2). Par exemple, le sujet numéro 1 fermait les stores de la cuisine et enlevait la nappe avant notre arrivée, tandis que le sujet numéro 4 achetait son propre matériel d'art, s'exerçait durant la semaine et planifiait les étapes du projet artistique à réaliser. Le sujet 2 nous aidait à disposer le matériel, à laver les pinceaux ou bien à ranger le matériel dans la valise. Cependant, il faut s'attendre aux impondérables liés à la problématique du vieillissement tels les troubles de santé, les visites médicales, les visiteurs. Une certaine flexibilité de la part de l'art-thérapeute est requise pour actualiser les rencontres à domicile. Notons, néanmoins qu'il faut voir à maintenir la stabilité du rendez-vous et la durée des rencontres.

D'un point de vue pratique, les nombreux déplacements obligent l'art-thérapeute à bien s'organiser. En ce qui nous concerne, le matériel d'art était transporté dans une valise qui comprenait plusieurs médiums : peinture, aquarelle, fusain, crayons variés (couleur, à l'encre, au plomb), pastels gras et secs et les différents formats de papier rangés à l'intérieur d'un portfolio. Tous les dessins réalisés par un sujet étaient amenés à chaque séance afin que les clients puissent les consulter au besoin. Le travail en trois dimensions a été possible dans certains cas ; mais pour ce faire, il faut penser qu'il requiert plus d'espace et que les éléments sont plus lourds. Il en va de même pour le matériel nécessaire pour des collages. Un autre aspect important à considérer, est

l'espace de travail disponible chez les personnes âgées. Dans la plupart des cas, la table de cuisine est le lieu de rendez-vous, ce qui limite parfois le format du travail à réaliser. Enfin, la conservation du matériel produit était sous la responsabilité de l'art-thérapeute afin de préserver le caractère confidentiel des rencontres individuelles ; ceci implique un endroit où conserver les productions et le transport de l'ensemble des images produites à chaque session.

Nos observations cliniques nous ont aussi permis de constater que la pratique de l'art-thérapie dans le milieu de vie de la personne âgée implique un rôle de composition et d'improvisation. Il faut pouvoir faire face au contenu imprévisible qui émerge de l'image fabriquée, d'autant si la personne était seule et plus démunie. D'où le caractère unique et spécifique de cette modalité d'intervention thérapeutique. Elle favorise la découverte du langage émotif de la personne et active les capacités, résiduelles dans certains cas, des personnes âgées. Elle peut permettre de dépister certains troubles neurologiques et d'identifier des conflits qui ne sont pas accessibles par les mots ou qui s'expriment autrement. Enfin, l'art-thérapie peut s'avérer parfois une approche de choix lorsque aucun traitement ne semble fonctionner.

## CHAPITRE 4 - VIGNETTES CLINIQUES ET DIMENSIONS THÉRAPEUTIQUES

« Tout rapport avec l'autre est une succession de petits miracles ».  
(Sgalambro, 2001)

Les vignettes présentées dans ce chapitre ont pour but de compléter la compréhension de l'intervention art-thérapeutique à domicile réalisée dans des contextes variables de suivi individuel. En raison des limites de ce travail de recherche, seulement trois des quatre sujets ont été retenus pour la description des études de cas, proprement dites. La première vignette (sujet numéro 1) traite d'une étude de cas dans le cadre d'un suivi à long terme (plus de six mois), la deuxième (sujet numéro 2) concerne un suivi de courte durée (2 mois) tandis que la troisième comporte un suivi avec une cliente plus âgée (sujet numéro 4), en perte d'autonomie physique et possédant des talents artistiques évidents. Comme il en a été fait mention dans le chapitre 3, les deux premiers cas cliniques possèdent des caractéristiques communes (âge, sexe, deuil récent, résidant à domicile, soignants auprès de leur conjoint atteint d'un cancer). Elles ont eu des résultats similaires à la suite de la passation des deux outils de mesure (échelle de Beck et à la grille d'analyse des images). Le troisième sujet diffère en raison de son style de vie, de son passé artistique, de la problématique psychiatrique qu'il présente et de ses limitations physiques. Ses résultats sont également différents. Ce dernier sujet vit dans une communauté religieuse. La première vignette clinique sera plus détaillée que les deux autres, ceci afin de préciser les étapes du travail art-thérapeutique à domicile. Plus succinctes, les deux autres permettront un bref aperçu de l'impact de la pratique de l'art-thérapie à domicile.

Le cadre théorique qui influence notre vision du travail clinique auprès des personnes âgées participant à cette recherche est inspiré des travaux de plusieurs auteurs, en particulier ceux de Bacqué & Hanus (2000), de Klein (1978) et de Hanus (1985). En plus du contexte théorique traité dans le chapitre 1 et 2, un rappel de quelques notions sur la problématique du deuil nous semble nécessaire afin de faciliter la compréhension clinique du travail réalisé.

#### **4.1 Cadre théorique: quelques notions sur la problématique du deuil**

Les passages de la vie s'accompagnent inévitablement de gains et de pertes. Nos premières relations avec le monde extérieur influencent notre perception de la réalité et déterminent nos modes de réactions futures à notre environnement. Voici ce que Hanus (1985) affirme à ce sujet:

La mort et le deuil seraient à l'origine de la pensée, à l'origine de la vie psychique. Ainsi la pensée naîtrait de l'acceptation d'un renoncement, d'un manque, d'une absence ; elle fonctionnerait dans cette position conflictuelle, dialectique de tenter d'accepter une limite et, dans le même temps, de la refuser. (p. 24)

L'introjection et la projection de l'objet font que toute perte s'accompagne d'un processus d'intégration, de séparation et de symbolisation de l'objet. Selon Klein (1978), toute réaction à la perte d'objet correspond à la position dépressive infantile dans laquelle

l'enfant ressent des sentiments négatifs envers l'objet d'amour idéalisé, c'est-à-dire la mère.

Chez les personnes âgées, la colère, les sentiments de culpabilité et, enfin, l'acceptation du départ du défunt causent une dualité intérieure entre le désir de conserver l'objet de la perte présent et la réalité qui est le départ définitif de l'objet. La signification de l'investissement narcissique de l'objet perdu et sa liaison aux objets internes présents depuis la prime enfance sont des composantes importantes au travail d'élaboration du deuil. Bacqué & Hanus (2000) partagent la position de Klein (1978) et affirment que « tout deuil est la reviviscence d'un deuil originel, celui de la mère » (p. 24). Selon Pelsser (1979), l'échec de la symbolisation conduit inévitablement à un deuil pathologique pouvant se manifester par une incapacité de parler de la mort sans ressentir des affects importants, par l'absence de réaction au deuil (négation de l'affect), par le déni de la réalité pouvant occasionner des effets hallucinatoires (organisation délirante) ou par une identification fusionnelle à l'objet perdu (deuil mélancolique). Cet auteur stipule que le moi est alors appauvri et que la personne devient, par un mécanisme de projection, « l'autre personne perdue » (p. 8).

Les enjeux thérapeutiques en cours dans les deux premières vignettes cliniques présentées se situent dans ce cadre théorique. Celles-ci illustrent les étapes de l'accompagnement art-thérapeutique de personnes endeuillées. Bacqué & Hanus (2000) résument en quoi consiste le travail clinique à accomplir :

Accepter sa propre mort est foncièrement ambivalent, c'est pourquoi le processus du travail de deuil va constamment osciller entre refus, régression, culpabilité,

acceptation, réactivation [...]. Le résultat final est pourtant bien celui-ci :  
l'intériorisation du défunt par le sujet. (p. 36)

## **4.2 Cas clinique no 1 : madame D**

Le cas de madame D a été choisi dans le but de fournir un exemple d'un suivi individuel à long terme, soit sur une période de sept mois. L'accompagnement thérapeutique de madame s'est déroulé à son domicile et comportait une entrevue hebdomadaire de 50 minutes durant la période du stage (de la fin octobre 2000 à la fin avril 2001). L'augmentation des symptômes dépressifs et la réponse insatisfaisante au traitement pharmacologique prescrit ont été les motifs de référence pour un suivi en art-thérapie. Dans cette vignette clinique, il est difficile d'expliquer en profondeur tous les aspects cliniques observés à domicile et de faire une analyse exhaustive de l'ensemble des images produites. Ainsi les phases significatives du processus thérapeutique seront résumées et certaines images significatives feront l'objet d'une analyse détaillée.

### **4.2.1 Histoire psychosociale de madame D**

Il s'agit d'une dame âgée de 72 ans, veuve depuis trois ans et mère de trois enfants. Madame est originaire d'Italie et elle a émigré au Canada lorsqu'elle était âgée d'une vingtaine d'années. Toute sa famille était à Montréal et son adaptation, selon ses dires, en fut facilitée. Madame est l'aînée d'une famille de six enfants. Elle dit avoir été choyée par ses oncles et ses tantes, car elle était la première petite fille de la famille. Madame a

complété une septième année. Elle s'est mariée avant d'avoir atteint vingt ans. Madame a vécu de nombreuses pertes depuis les seize dernières années, dont la perte de son emploi à la suite d'une fracture, le décès de sa mère, de son père trois mois plus tard, et celui de sa petite fille atteinte de leucémie ; en plus, un an avant le décès de son mari, une de ses filles avait subi des examens pour un cancer dont les résultats se sont révélés négatifs. À la suite du décès de son mari, madame a déménagé par obligation financière et non par choix personnel, dans un logement adjacent à celui de sa sœur.

#### **4.2.2 Problématique actuelle et diagnostic psychiatrique**

Madame est déprimée depuis le décès de son époux, il y a trois ans. Elle avait fêté les cinquante ans de vie commune avec son mari au moment où monsieur subissait des examens, au printemps de cette même année. Au plan physique, elle présente une anémie pernicieuse, souffre d'une hypertension artérielle et d'un ulcère d'estomac. Le diagnostic posé par le médecin psychiatre est celui de dépression majeure d'intensité modérée, consécutive à un deuil pathologique. Madame D présente les symptômes suivants : diminution de l'appétit, de l'énergie, du sommeil et d'intérêt, augmentation de la fatigue, insécurité importante face à l'avenir et une tristesse continuelle. Madame est isolée, ne sort pas et se sent terriblement coupable face au décès de son époux. Elle prend tous ses repas chez sa sœur qui habite dans le même immeuble, ne sort plus et n'a plus le goût de rien faire. Les antécédents familiaux indiquent qu'une autre sœur de madame est schizophrène et que le père aurait fait une dépression à la suite du décès de son épouse. Madame D a fait un séjour de courte durée en unité externe de soins psychiatrique pour



une dépression à l'époque de sa mise à la retraite prématurée. Elle a cessé de fréquenter cette ressource et sa médication par le fait même.

### **4.2.3 Traitement pharmacologique**

L'augmentation des symptômes dépressifs depuis une période de six mois malgré plusieurs essais pharmacologiques (usage de multiples antidépresseurs) n'ont pas donné le succès escompté. Madame a reçu une série d'électrochocs (mars 1999) et son état s'était amélioré significativement. Au début de notre stage, le médecin psychiatre a proposé un suivi par l'art-thérapie tout en poursuivant son suivi médical et psychothérapeutique avec l'infirmière de la clinique. Un traitement au lithium ajouté à l'antidépresseur à l'essai est alors prescrit afin de maximiser les effets du médicament.

### **4.2.4 Objectifs du traitement**

L'exploration des liens qui unissait madame à son conjoint (objet perdu) a constitué l'essentiel de notre accompagnement par l'art-thérapie dont le but était de franchir les étapes du deuil. Les séances d'art-thérapie se réalisaient comme suit : à l'arrivée au domicile, pour la disposition du matériel d'art sur la table de cuisine, madame D participait en enlevant la nappe et s'asseyait face à nous. Le matériel était disponible et accessible lors de la rencontre thérapeutique malgré l'affirmation de la cliente de ne pas avoir le désir de dessiner. L'incitation à la production de l'image devait être stimulée par nos interventions. Aucun problème de confidentialité relié à la présence d'une autre personne dans l'appartement n'était présent, car madame vit seule.

#### 4.2.5 Présentation des séances

Madame D est de grandeur moyenne et mince, d'allure sévère et austère. Elle est vêtue sobrement en bleu et ses vêtements sont propres. Ses cheveux courts sont coiffés simplement. Au niveau de son faciès, ses traits sont rigides et ses articulations tendues. Lorsqu'elle parle, ses lèvres sont raides et pointues et nous percevons une retenue dans sa façon de s'exprimer. La posture physique de madame donne l'impression qu'elle est abattue et sans énergie. Son appartement est propre, bien éclairé et bien rangé. Une impression de vide se dégage de l'appartement. Le tic, tac de l'horloge se fait entendre comme si le temps qui passe avait son importance dans cette maison. Lors de la première rencontre, madame collabore à l'entrevue. Elle parle de son époux et des difficultés vécues lors de la mort de celui-ci. Madame dit n'avoir jamais dessiné et que ceci n'est pas dans ses habiletés. Elle se montre peu encline à l'idée de dessiner mais s'exécute tout de même. Je l'invite à dessiner ce qu'elle ressent envers son mari disparu. Madame D dessine les contours d'un grand cœur en rouge (figure 5) en mentionnant que c'est tout l'amour qu'elle ressent envers son époux. Elle affirme que ce sont des rayons d'amour entre elle et lui et elle fait un geste vers le ciel comme si celui-ci était présent. Il est possible d'effectuer des associations entre cette image, la présence d'un cœur vide (organe vital de l'être humain) symbolisant la perte de l'objet d'amour et l'état psychique actuel de madame. Les traits utilisés sont élémentaires, ce qui peut être l'indication de l'état dépressif. Madame est triste durant la réalisation du dessin. Elle pleure sans arrêt presque durant la totalité de l'entrevue. Elle va chercher des photographies de son mari et explique le cheminement de sa maladie. Elle est demeurée à l'hôpital durant la majeure

partie de la maladie de monsieur. Depuis la dernière hospitalisation de celui-ci, juste avant le décès de celui-ci, madame a cessé de faire des mots croisés. D'ailleurs, elle m'indique qu'elle n'a pas touché depuis ce jour à ceux-ci et que le crayon est toujours à la même page. Madame dit ne pas avoir le goût de rien, ne pas être capable de rien décider, de sortir, de faire des projets.

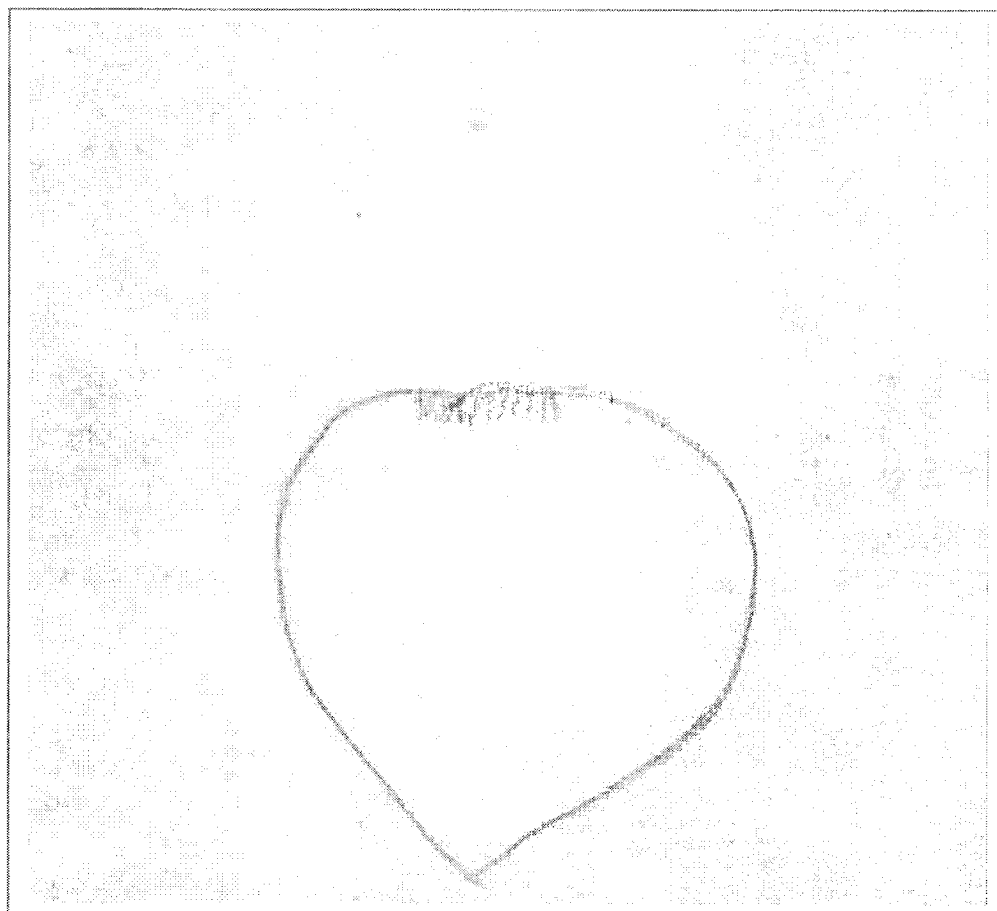


Figure 5

*Cœur avec rayons d'amour*

Cette première entrevue laisse une impression de vide et d'issues impossibles au dénouement de ce deuil. Madame ne semble pas croire que l'art-thérapie pourra l'aider, car elle est absorbée par des sentiments de tristesse. Son époux est très présent dans la

vie de madame. Elle ne vit plus depuis son décès. Le temps est arrêté et suspendu. La familiarité de madame à notre égard ainsi que sa mobilisation pour aller chercher des photos indiquent cependant que la relation thérapeutique s'établit.

Hanus (1985) explique que la fusion des objets internes et externes dans le cadre d'une vie de couple de plusieurs années est traumatisante, car la personne ne sait plus ce qui est à elle ou à l'autre. Le moi a intégré des parties du non-moi de l'autre. Des sentiments ambivalents envers l'objet aimé se manifestent et pour s'en dissocier, le passage implique des sentiments de colère et de mépris envers l'objet de la perte, ce qui conduit aussi inévitablement à des sentiments de culpabilité quasi inavouables.

Cette position dépressive semble très présente chez madame. Elle s'en veut pour tout et s'isole elle-même de la vie. Elle vit en ermite, détachée et en parallèle de la vie réelle. Elle ouvre à peine les lumières le soir afin de demeurer dans la pénombre affirmant : « À quoi ça sert ? ».

Lors de la troisième rencontre, le rituel d'arrivée à domicile est désormais établi. Madame participe en enlevant la nappe de sa table de cuisine et m'aide à disposer le matériel d'art. Au début de l'entrevue, madame dit ne pas savoir quoi dessiner avec les matériaux. Elle accepte de faire un collage avec des images de magazines (voir figure 6). Elle choisit un magazine de cuisine et nous dit qu'elle ne cuisine plus. Elle pleure dès



Figure 6

Collage

qu'elle feuillette les premières pages en découpant des images de mets qu'elle réalisait autrefois. Elle dit qu'elle pense aux bons moments vécus et que ceci la rend triste. Un couvert est mis et il y a deux tasses ; sur le plan symbolique, les deux tasses pourraient représenter l'invitation de madame à recevoir pour prendre le thé. La table est mise, au sens figuré. Notre présence est alors intégrée, à ce stade-ci, au processus thérapeutique. Elle mentionne aussi qu'elle ne mange plus à la table de cuisine. Elle déjeune debout dans le corridor et prend ses repas avec sa sœur qui habite au-dessous de chez elle. Elle ne reçoit plus ses enfants pour des repas familiaux et ne s'en prépare plus pour elle-même. Madame a donc cessé tous ses investissements antérieurs. La table de cuisine devient alors un lieu transitionnel important sur lequel notre relation thérapeutique se déroulera au fil des mois, aucune autre activité ne s'y déroule. Le travail de deuil est l'enjeu principal du travail thérapeutique à accomplir. Pelsser (1979) apporte un éclaircissement pertinent sur les relations intérieures que des personnes (le cas cité ici) peuvent entretenir envers un conjoint décédé:

Le sujet peut s'identifier de façon fusionnelle à l'objet perdu de sorte que cela aboutit à un deuil mélancolique. Le moi perd un objet, partie du non-moi, mais il se comporte comme s'il éprouvait une perte à l'intérieur du moi, comme s'il était intérieurement diminué. Le sujet ne peut remplacer l'autre par un substitut parce qu'il est lui-même cet autre, il réagit comme s'il était lui-même mort. (p. 8)

Il y a dans les attitudes de madame D une difficulté à accepter la réalité de la perte de l'époux. Elle dit n'avoir jamais cru que son époux allait mourir et qu'elle s'en

veut terriblement. Monsieur n'a jamais été informé qu'il était en phase terminale de cancer. L'annonce du diagnostic de son mari à madame n'a pas été enregistrée consciemment par celle-ci et elle se sent très coupable de n'y avoir jamais cru. Madame n'a pas pleuré durant les six mois de la maladie, ni au moment du décès ni durant les obsèques. Ce n'est que trois mois plus tard qu'elle a commencé à pleurer alors qu'elle était chez son fils, à Calgary. Elle dit n'avoir jamais cessé depuis. La colère de madame est retournée contre elle-même. Elle s'empêche de vivre, car elle ne croit pas mériter la vie. Alors, elle se retire de sa propre vie car se permettre de vivre est impossible et inacceptable. Ce retournement contre elle est un mécanisme de défense qui maintient l'inertie intérieure. Elle dit parfois : « À quoi ça sert de vivre si mon époux n'est plus là ? À quoi je sers ? » Lors de la cinquième rencontre, madame est invitée à faire le dessin de son époux (figure 7). Notre objectif thérapeutique est de favoriser le travail de séparation avec l'objet perdu. Madame acquiesce et elle choisit la couleur brune. Elle pleure beaucoup et elle est invitée à exprimer aujourd'hui ce qu'elle aurait aimé lui dire avant qu'il décède. Elle dit : « Je t'aime... Pourquoi tu ne m'as pas attendue ? » Madame pleure et regrette de ne pas avoir été présente à l'instant même de sa mort. Durant tous ces mois d'hospitalisation de monsieur, il est décédé l'unique soir où madame n'était pas à son chevet. Madame exprime du bout des lèvres, très bas, qu'elle est fâchée. Depuis, madame D ne quitte plus la maison comme si elle ne voulait pas quitter son mari. Elle se sent coupable de la colère qu'elle ressent et verbalise qu'elle aurait pu lui dire des choses importantes au lieu de faire semblant.

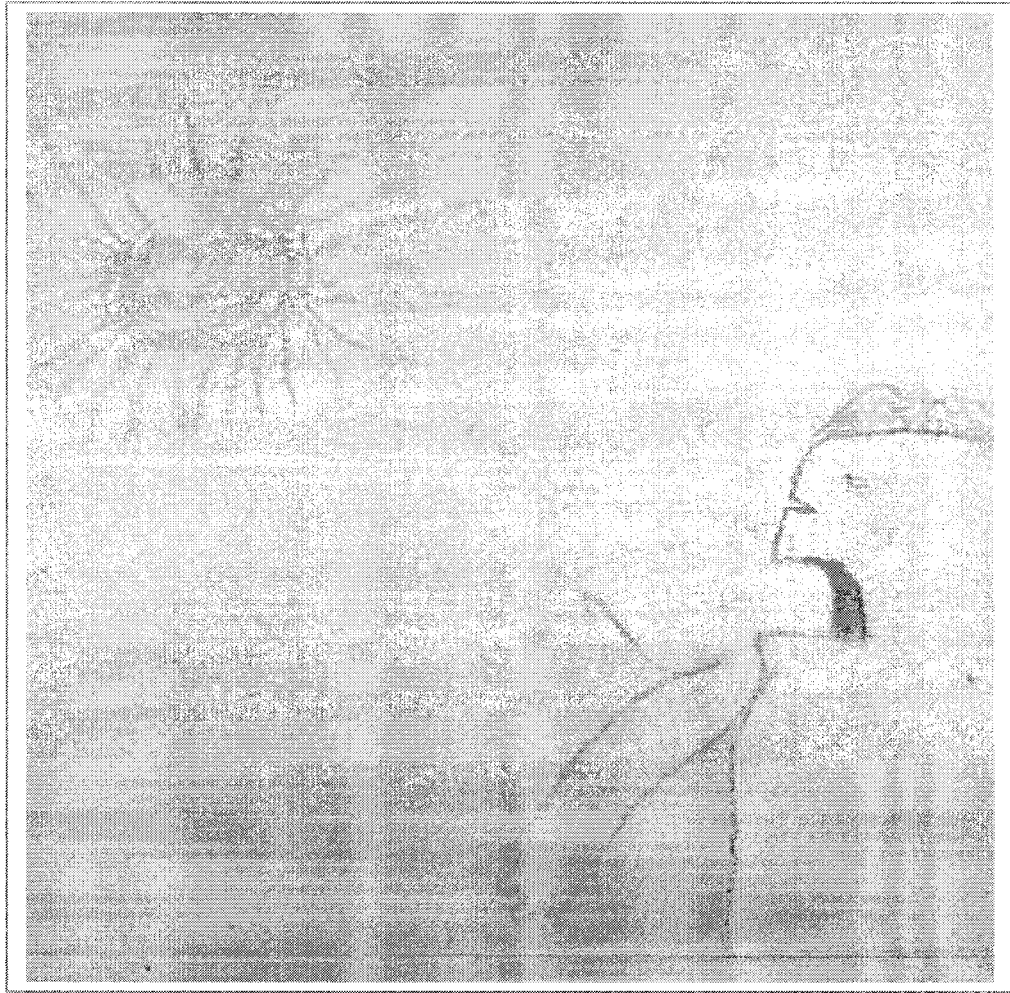


Figure 7

*Époux*

Elle se blâme et dit que les autres vivent mieux les choses qu'elle ne les vit. Le dessin (figure 7) laisse voir une figure humaine ressemblant à un mutant. On peut se demander si cette image reflète la perception qu'a madame de son époux, la peur et le dégoût ressentis face à la maladie ou si elle serait la représentation de la réalité de madame. La face du personnage est de côté et il nous semble qu'il ne fait pas face à la vie, du moins directement. Il y a une certaine peur de l'avenir, car nous voyons et nous



avons fortement l'impression que les épaules sont en retrait, vers l'arrière. Il n'y a pas de bouche, le personnage n'est pas vêtu, pas de mains, pas de jambes. Il serait possible d'associer cette image à la difficulté de madame d'intégrer sa perte. La difficulté de ressentir les affects dus à la souffrance qu'engendre le départ de la personne aimée empêche de vivre le deuil. Nous sommes en présence d'un deuil pathologique.

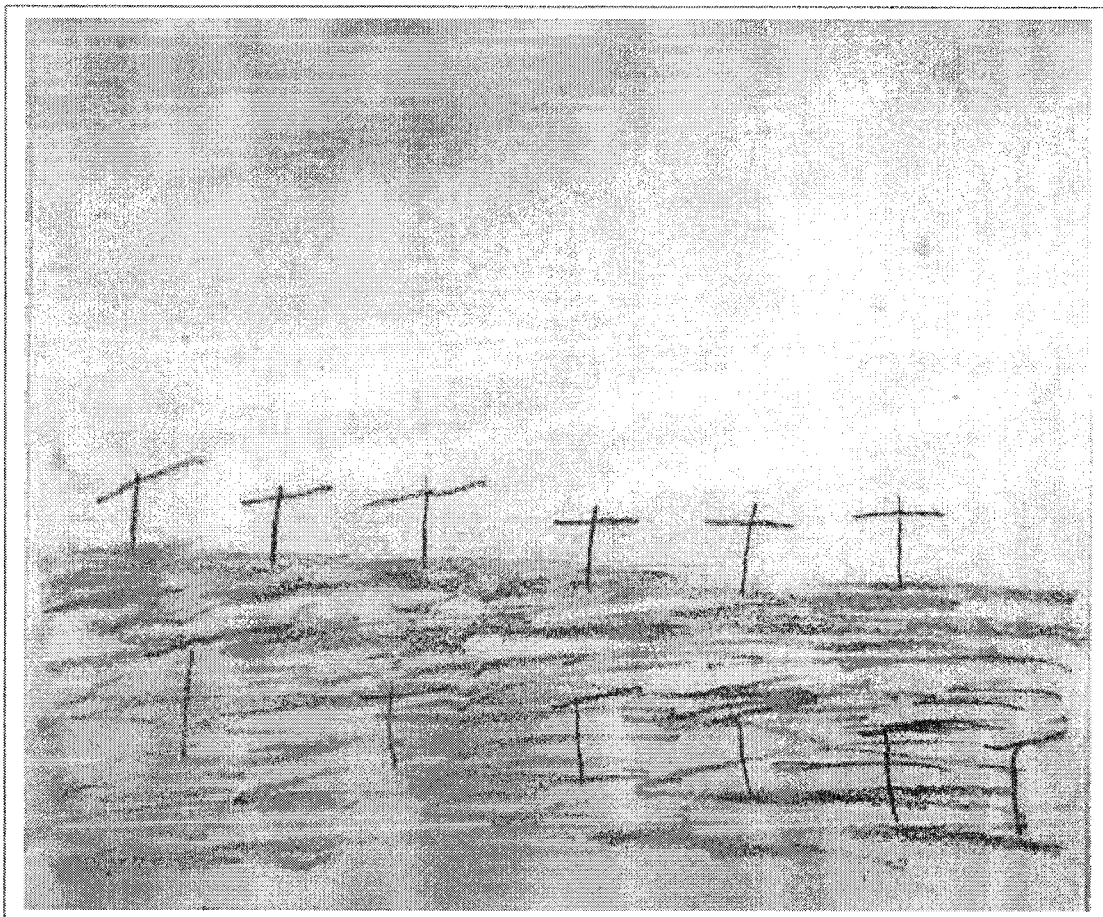


Figure 8

*Cimetière*

Hanus (1985) affirme que « le deuil est nécessaire à la fois pour continuer à vivre, pour se séparer de l'être perdu tout en conservant des liens différents avec lui et enfin pour retrouver sa liberté de fonctionnement psychique » (p. 29). Madame nous confie à la sixième rencontre qu'elle éprouve de la difficulté à se remettre de nos sessions individuelles et qu'elle est anxieuse deux jours avant celles-ci et les quelques jours suivants. Cette remarque semble indiquer son investissement dans le processus art-thérapeutique. Madame parle de son sentiment de solitude, de vide intérieur. Elle est donc invitée à exprimer par le dessin comment elle se sent. Madame choisit la couleur brune et dessine un cimetière (figure 8).

Le dessin du cimetière évoque clairement les problématiques du deuil et de la mort et on peut noter la présence d'éléments dépressifs se manifestant par le désir de ne plus vouloir vivre. Sur le plan symbolique, madame convoque directement la mort en produisant cette image. Elle dit ne pas être capable de faire des tombes ou des pierres tombales. Elle s'engage avec détermination et spontanéité dans ce dessin. Elle dit être « morte » avec son mari. La rencontre est silencieuse et madame pleure longtemps. Hanus (1985) explique que la personne qui vit un deuil pathologique ne croit plus pouvoir vivre. L'unique destin possible est celui de l'objet mort. Elle dit que sa vie n'a plus de sens et elle exprime que ses enfants ne la comprennent plus. Elle met souvent la main devant sa bouche comme pour s'empêcher d'échapper des mots. Au début de nos rencontres, elle tenait sa tête comme si celle-ci ne pouvait plus tenir par elle-même. Aujourd'hui, sa position corporelle est plus tonifiée, plus droite, plus active et mobilisée.

La seconde phase du suivi clinique de madame D a été marquée par l'apparition, dans ses images, de la couleur. Lors de la septième rencontre, la réalisation d'un arc-en-ciel (figure 9) a surpris madame. Elle le dessine avec de la peinture et elle pleure beaucoup. Elle dit qu'elle ne s'en sortira jamais et qu'il n'y a pas d'espoir. L'affect est très intense et madame n'a jamais été dans une telle détresse depuis que nous avons commencé le traitement. Elle apparaît abattue et complètement bouleversée. L'image réalisée reflète l'ambivalence que madame peut ressentir face à l'amélioration de son état. Un mouvement psychique est en voie d'élaboration car le dicton : *Après la pluie (les pleurs), le beau temps* nous indique une perspective positive pour madame. L'arc-en-ciel est le présage de beau temps se manifestant à la fin d'un orage. Il porte le symbole d'un jour meilleur et apparaît à un moment précis, c'est-à-dire lorsqu'il pleut du côté opposé au soleil. En effet, Madame D a meilleure mine lors de la huitième rencontre, car elle dit avoir bien dormi deux nuits de suite. Elle dit ne pas vouloir dessiner ni utiliser de la peinture. Elle se dit mal à l'aise d'en faire car elle n'est pas Picasso ou un grand maître. Elle aime mieux utiliser du pastel gras qui lui permet un meilleur contrôle. Madame parle pour la première fois des différents deuils vécus avant le décès de son époux, dont celui de la perte involontaire de son emploi. Le Gouès (2000) émet l'idée qu'une épreuve qui ébranle l'investissement narcissique de la personne dans le cadre, par exemple, de son travail peut avoir un impact psychologique sérieux. D'où l'importance, selon lui, du soutien au renouvellement du *narcissisme sain* d'un patient à travers un nouvel investissement libidinal afin de renforcer un moi fragilisé. Or, dans le cas de madame D, d'autres pertes se sont accumulées durant une période de quatre ans (sa mère, son père trois mois plus tard, sa petite-fille. Bacqué & Hanus, (2000) affirment que « les deuils

répétés fragilisent la capacité de l'individu à supporter les coups portés par la vie » (p. 49). Les pleurs de madame sont profonds et intenses. Elle ne sait plus comment penser à elle-même, car elle a consacré sa vie à son mari et ses enfants. Maintenant qu'elle est seule, elle ne sait pas comment organiser sa vie autrement.

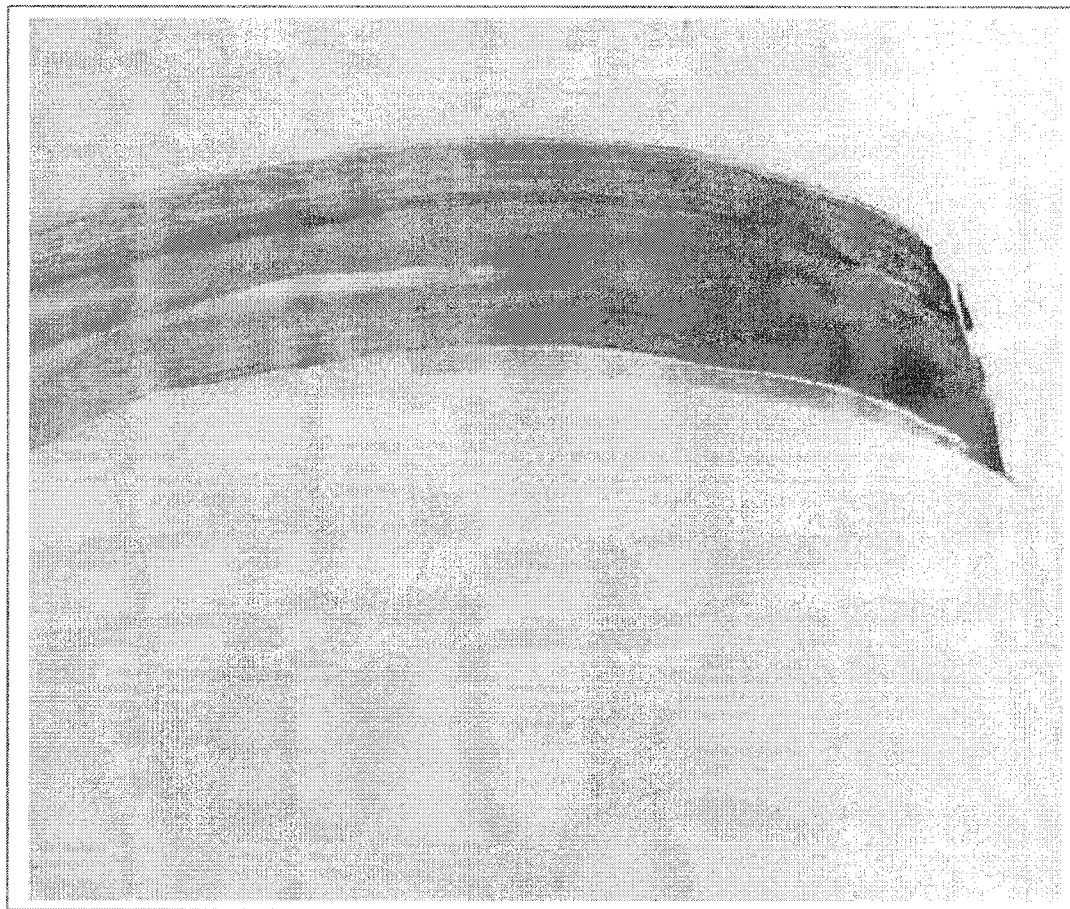


Figure 9

*Arc-en-ciel*

Dans le cas présent, le réinvestissement narcissique au travers du processus thérapeutique est la pierre de touche de la résolution du deuil chez madame. Elle prépare de toujours notre venue en enlevant la nappe avant notre arrivée et en fermant les stores

de la cuisine. Elle participe activement à l'installation du cadre thérapeutique. Elle exprime à chacune des rencontres son ambivalence à produire des images. Madame parle de plus en plus de son isolement et du sentiment qu'elle éprouve de ne pas être comprise. Le simple fait de prendre le petit déjeuner à la table de cuisine est inimaginable pour celle-ci.

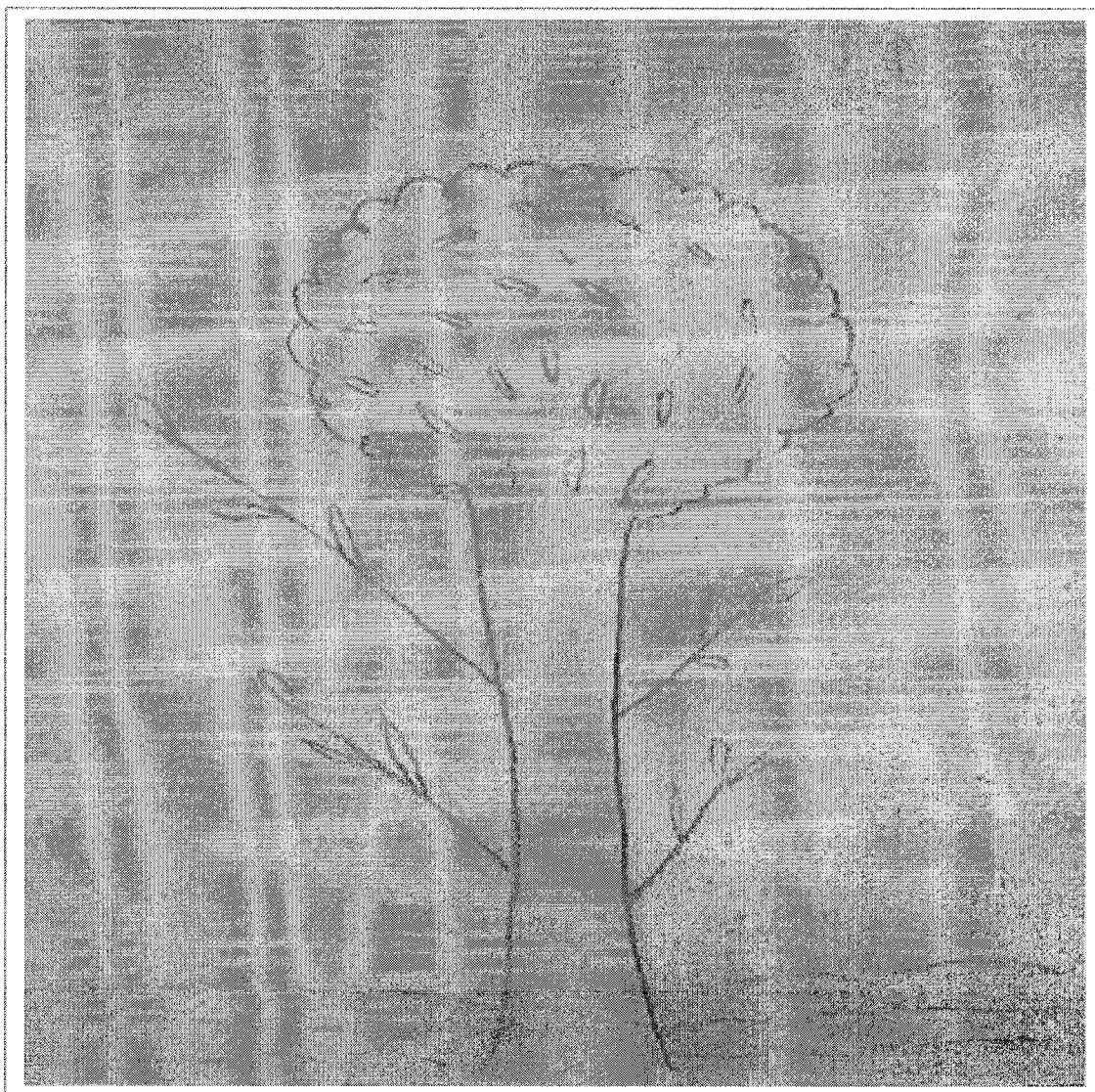


Figure 10

*Arbre avec repousses*

À la neuvième rencontre, elle réalise le dessin d'un arbre avec des repousses (voir figure 10). Madame D raconte ses premières fréquentations avec son époux. Elle est enjouée et elle dit qu'elle veut s'en sortir. Elle dessine l'arbre devant sa fenêtre de salon. Elle n'aime pas cet arbre qui lui rappelle le souvenir d'un cimetière en Italie, arbre porteur d'une image de mort intérieure. Lors de son déménagement, elle avait eu l'impression de déménager dans un cimetière. L'ambivalence ressentie envers l'objet perdu commence à être manifeste de plus en plus. Elle exprime qu'il n'y a pas d'issue à sa situation, mais affirme avec un léger sourire au coin des lèvres que « ça ira mieux ».

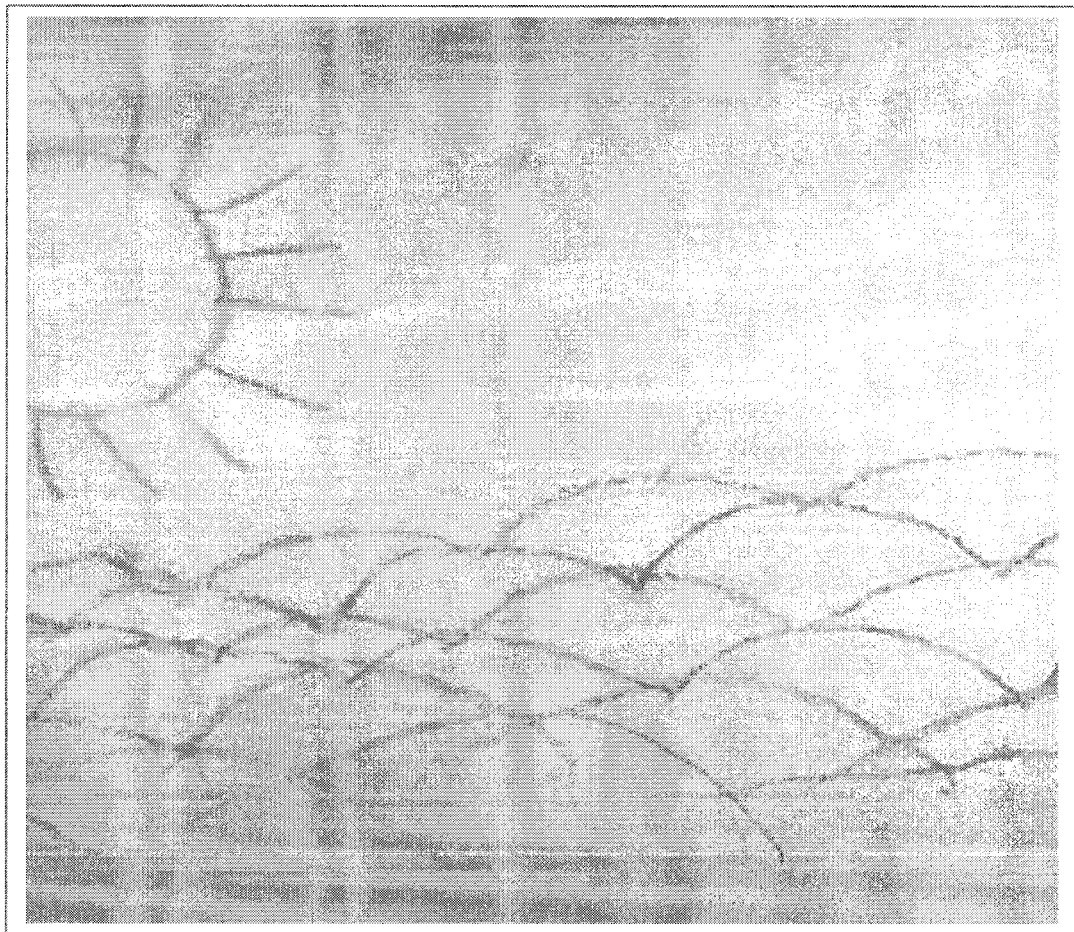


Figure 11

*Vue aérienne du soleil*

Le dessin (voir figure 10) réalisé lors de cette rencontre pourrait indiquer un mouvement confus entre deux avenues possibles (la vie et la mort), car de chaque côté de l'arbre, il y a des repousses. Madame dit que celles-ci veulent l'atteindre par sa fenêtre et qu'elle n'aime pas cela. Symboliquement, les repousses pourraient laisser présager un flot d'énergie qui recommence à circuler. La sève qui monte dans les branches qui veulent l'atteindre représenterait la manifestation de la vie qui pointe. Les feuilles de son arbre sont en forme de larmes. Le tronc est vide et la couronne délimite l'extérieur de l'arbre. Il n'y a pas de ligne d'horizon pour appuyer la stabilité psychique et le contact avec la réalité. Il n'y a pas de racines pour puiser dans des ressources intérieures. L'ambivalence vis-à-vis un changement psychique semble vouloir s'exprimer.

Madame, à la dixième rencontre, raconte ses fréquentations avec son mari et le début de leur relation. Elle parle de leurs promenades au clair de lune et de la demande en mariage de monsieur. Elle commence à réintégrer l'objet de sa perte par le rappel de souvenirs positifs. Elle parle de sa robe de mariage, de ses sentiments envers monsieur, de son bonheur. Madame n'avait exprimé jusqu'à cette rencontre aucun souvenir heureux, car elle affirmait ne plus être capable de se rappeler ces événements. Hanus (1985) soutient que le deuil repose sur la capacité de se séparer des objets et d'accepter les modifications internes qui en découlent en s'appuyant sur les objets internes (les bons objets internes) avec lesquels la relation est approfondie. Donc, ce premier mouvement de réintégration de l'objet perdu est une indication que le travail de deuil s'effectue. Madame réalise une vue aérienne présentant un soleil et des nuages (figure 11) : les nuages remplis d'eau de pluie (ou de pleurs) cohabitent avec un soleil jaune

L'introduction de deux couleurs, le jaune et le bleu, annonce un changement intérieur. Le jaune représente le soleil qui pointe à l'horizon comme si l'arc-en-ciel (voir figure 9) réalisé auparavant était un signe précurseur, sur le plan métaphorique, d'un beau temps intérieur. Madame est d'ailleurs plus coquette, plus souriante et vêtue de jaune.

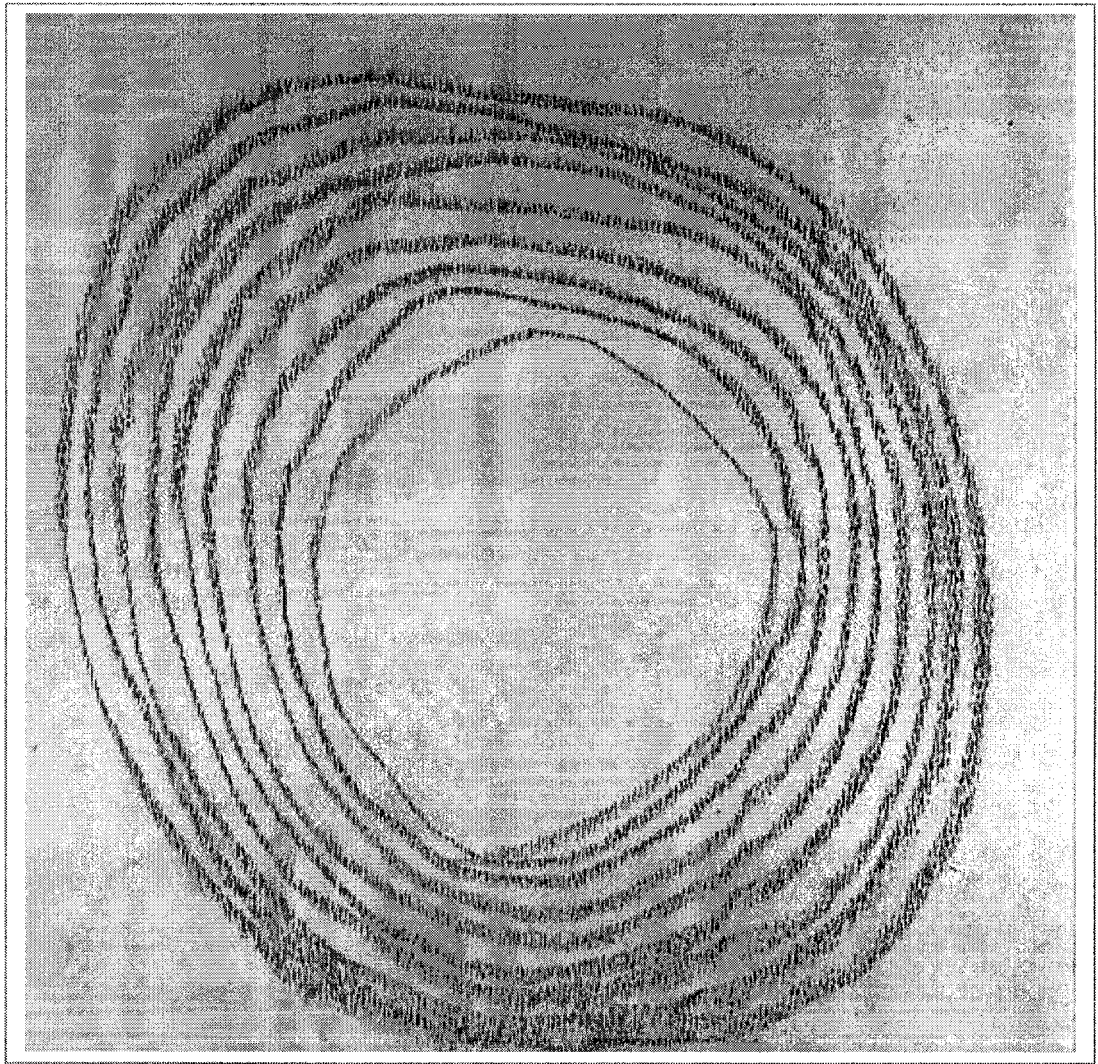


Figure 12

*Spirale*



La prochaine phase du traitement se caractérise par le réinvestissement narcissique de madame dans certaines activités de la vie domestique ; le processus de séparation de l'objet perdu se poursuit. Au début du mois de janvier, des migraines terribles font leur apparition et madame dessine lors d'une entrevue une spirale brune sans fin (figure 12). Le retour de sentiments dépressifs est représenté par cette spirale sans fin. L'usage de la couleur brune confirme cette observation car depuis le début du traitement, madame y a eu recours à trois reprises. L'utilisation du brun est souvent associé à la dépression. Les sujets dépressifs ont parfois le sentiment qu'il n'existe pas d'issue à leur situation. Ils ont l'impression de tourner en rond continuellement.

Par contre, à la vingtième rencontre, madame D nous invite au salon et nous visionnons deux cassettes vidéo dont une contient des images de son époux dansant avec elle et l'autre de sa petite fille décédée. Elle était incapable de regarder ces images depuis les décès de ces personnes. Madame est radieuse et heureuse de nous montrer ces documents. Elle fait face pour la première fois à la réelle séparation des personnes disparues (son époux et sa petite fille).

Par la suite, madame a dû être hospitalisée quelque jours au même hôpital que son époux afin de subir un traitement intensif pour ses migraines. Lors de son retour à domicile, madame affirme que c'est la première fois qu'elle rentre chez elle avec la sensation qu'elle est seule depuis la mort de son époux. Elle dessine une boîte à colère (figure 13) qui est une malle chargée de colère prête à quitter le port tel un porte-conteneurs.

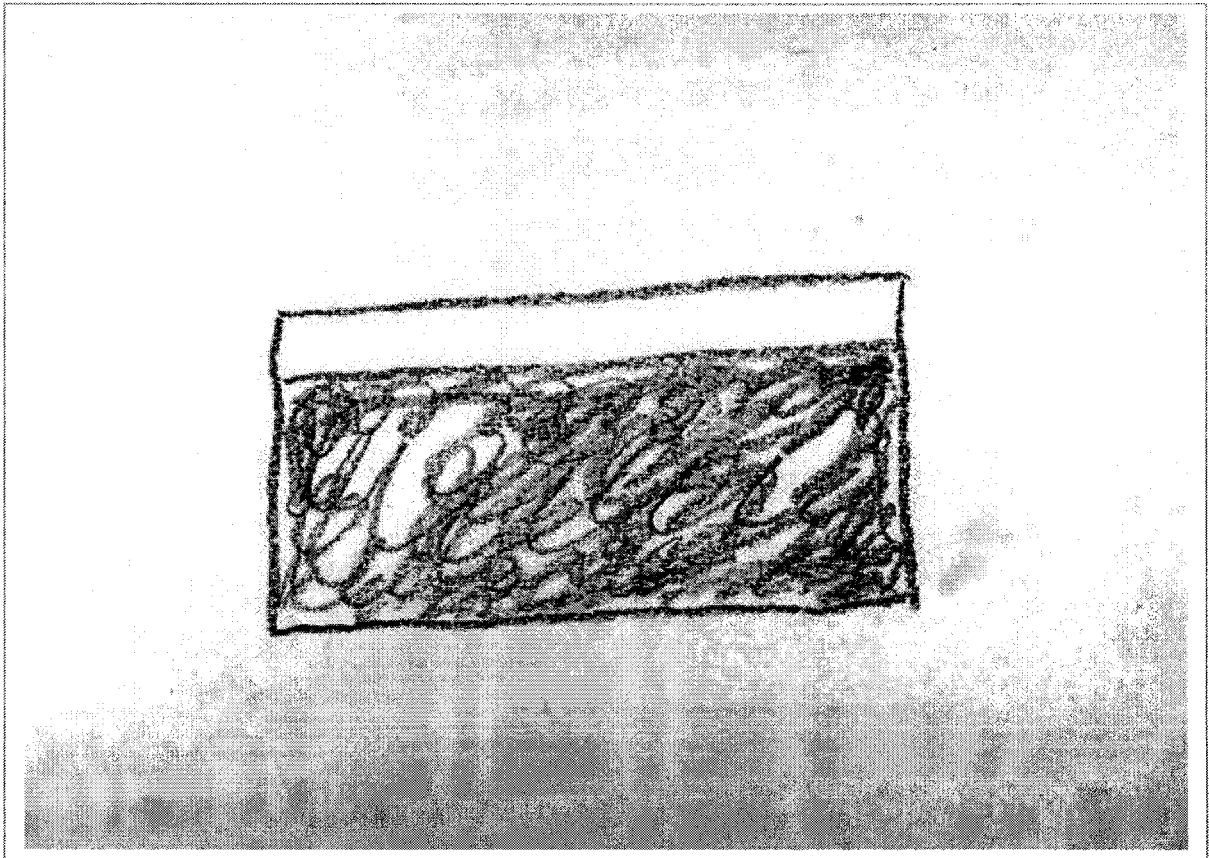


Figure 13

*Boîte à colère*

Elle se lève et montre la malle qui lui a servi lors de sa traversée au Canada. Cette image est pour madame l'expression du départ, du voyage de sa colère vers un autre pays. Elle est en soi libératrice d'un deuil en voie de résolution. Il est possible aussi d'associer l'image à une tombe dans laquelle est son époux et qui quitte le port. Madame a pu se libérer d'une colère refoulée à travers la production de cette image. Elle est de plus en plus coquette et souriante et madame recommence à préparer elle-même ses repas. Lors de notre avant-dernier entretien, madame a réalisé sa dernière image (figure 14) représentant un vase sur une table dans lequel des fleurs aux couleurs variées sont

disposées. La présence de fleurs, de multiples couleurs et d'une table qui supporte un vase transparent indique qu'un processus de réorganisation psychique est en cours. Madame dit ne plus sentir de culpabilité et de colère et que ces émotions sont parties avec le bateau dans la malle. Elle affirme que son vase est fragile, mais que la lumière du soleil passe à travers. Les résultats de l'échelle de Beck (1961) révèle que les symptômes dépressifs ont disparu, ce qui vient corroborer cette hypothèse. Cette image semble indiquer que madame possède maintenant les éléments pour se réorganiser sur le plan psychique et que le travail de deuil est en voie de résolution.

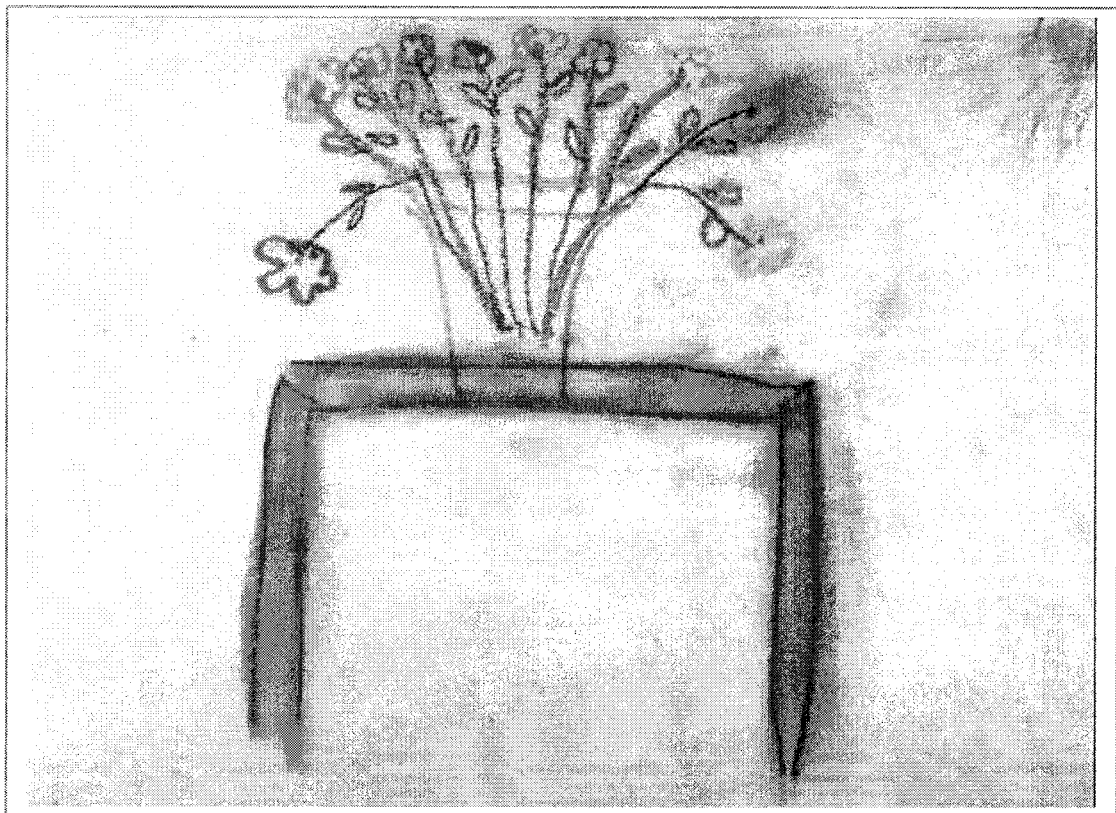


Figure 14

*Fleurs avec vase*

#### 4.2.6 Résumé du traitement auprès de madame

L'exploration des liens qui unissaient l'objet perdu (le conjoint) à madame D a constitué l'essentiel de l'accompagnement art-thérapeutique réalisé. Robins (1987), décrit le processus du deuil de la manière suivante:

The normal process of mourning... accompanies not only the lost of loved person but has within it the seeds of rebirth. Slowly, through the process of mourning, our memories become externalised through as series of painful recall. With each externalisation, we simultaneously reinternalize the loving connections of the memory to help bridge the past to the present. (p. 54)

L'étude du cas de madame D nous a permis de comprendre les difficultés qu'éprouve souvent une personne endeuillée à retrouver des sources de gratification. Nous avons distingué trois phases dans le processus d'accompagnement art-thérapeutique : la rencontre des affects rattachés à l'objet de la perte, l'expression de la colère et la réintégration de l'objet de la perte. Un phénomène de repli sur soi et une incapacité de symbolisation étaient observables au début du traitement et se manifestaient par les difficultés de madame à retracer mentalement des souvenirs heureux avec le défunt époux. Voici comment Hanus (1985) conçoit l'intériorisation :

Le renforcement de l'intériorisation de l'objet perdu permet un détachement progressif. Elle assure donc une survie plus ou moins provisoire à l'objet dont nous avons souci ; survie qui est à la fois un hommage que nous lui rendons et une consolation relative que nous nous donnons de poursuivre pour quelques temps encore en relation avec lui. (p. 132)

L'évolution de la production graphique de madame D a respecté les trois stades de la production graphique lors de la résolution d'un deuil tels que définis par Simon (1981). Cet auteur considère que l'expression de sentiments négatifs tels que les griefs, l'anxiété, la peur et la rage envers la personne décédée est rendue possible grâce à la symbolisation inhérente à la production d'images chez la personne endeuillée. Dans la présente étude de cas, il y a eu augmentation de l'utilisation de la couleur vers la fin de nos rencontres et la dernière image réalisée par cette patiente témoigne d'un changement important quant au style graphique de madame. Ceci confirmerait les thèses avancées par Simon (1981). Lors de notre dernière rencontre, madame a préparé un goûter. La table de cuisine a été tout au long de notre accompagnement art-thérapeutique, ce lieu transitionnel au moyen duquel madame D a réinvesti sa vie présente. Elle a utilisé sa vaisselle de porcelaine, sa nappe de dentelle et nous a préparé un café « à l'italienne » comme elle le faisait si bien autrefois. Nous croyons que le maintien d'un cadre thérapeutique stable a assuré une sécurité affective à notre cliente et permis que le travail du deuil s'actualise au rythme des capacités psychiques de madame. L'art-thérapie aurait été un instrument thérapeutique adéquat.

### **4.3 Cas clinique numéro 2 : madame H**

Cette vignette clinique présente le cas de madame H qui a bénéficié d'un suivi de courte durée (onze séances individuelles) durant la période expérimentale (du 19 février 2001 au 30 avril 2001). L'accompagnement thérapeutique de madame a eu lieu dans le

même contexte que les autres études de cas, c'est-à-dire à domicile, dans le cadre d'une entrevue individuelle d'une durée de 50 minutes à raison d'une fois par semaine. L'infirmière de la clinique, avec l'accord du médecin psychiatre, a conseillé pour madame des séances d'art-thérapie, car l'amélioration de l'état psychologique de celle-ci n'était pas aussi rapide que souhaitée, et ce malgré l'usage des médicaments (antidépresseurs) depuis quelques mois.

#### **4.3.1 Histoire psychosociale de madame H**

Il s'agit d'une dame âgée de 78 ans, vivant seule depuis le décès de son époux, il y a six mois. Elle a trois enfants qui sont très présents auprès d'elle. Aucun antécédent psychiatrique n'est à signaler. Madame a déjà consommé de l'alcool dans le passé, pendant une période de dix ans. Au plan physique, madame souffre d'une hypertension contrôlée et une colite collagénique diagnostiquée récemment. Son époux, alors âgé de 85 ans est décédé des suites d'un cancer du sang. Sa maladie s'est échelonnée sur une période de cinq ans.

#### **4.3.2 Problématique actuelle, diagnostic et objectifs du traitement**

L'événement déclencheur des symptômes dépressifs de Madame s'est produit lorsque celle-ci a pris la décision de se séparer des cendres de son époux, trois mois après son décès. Les symptômes dépressifs ont pris la forme suivante : manque d'énergie, manque de motivation pour s'alimenter et pour préparer ses repas, augmentation des

douleurs abdominales particulièrement lorsqu'elle est seule, problème de sommeil, perte de poids de près de 10 livres. Le diagnostic posé par le médecin psychiatre en est un de dépression majeure et un traitement pharmacologique est prescrit. Au plan non verbal, madame a un faciès triste et établit difficilement un contact visuel avec moi. Une gêne est perceptible de même que des difficultés d'affirmation de soi semblent présentes. Elle est de taille moyenne et élancée. Les objectifs de l'accompagnement par l'art-thérapie visent à promouvoir l'expression des affects dépressifs, à permettre l'exploration des conflits intérieurs et à favoriser la résolution du deuil de madame H.

### **4.3.3 Sommaire des rencontres individuelles**

La première rencontre avec madame a été déterminante dans le travail thérapeutique. Madame a été surprise par le contenu de son dessin, de même que de la confiance qu'elle a rapidement ressentie à notre égard. Elle affirme qu'elle a exprimé rapidement par le dessin des choses qu'elle se croyait incapable de dire. La figure (15) illustre cette première image qui représente une bouteille dont le contour est noir dont l'intérieur comprend des parties rouges, noires et jaunes. Le noir représente selon elle, la partie qu'elle ne voudrait pas avoir vécue dans sa vie et qu'elle associe à sa consommation passée d'alcool. Elle voit la couleur noire comme un indicateur de son angoisse, de sa colère et de son anxiété. Elle exprime qu'elle ressent des remords et de la culpabilité vis-à-vis cette période de sa vie et envers son mari décédé et ses enfants. Elle affirme qu'elle n'a jamais parlé de sa consommation d'alcool auprès de ceux-ci, qu'elle n'a pas eu recours à des groupes de soutien mais qu'elle a cessé sa consommation par

elle-même. Madame explore le désappointement de son passé lors de cette première rencontre. Elle se dit déçue par la vie. Madame H se présente comme une excellente candidate pour l'art-thérapie, car elle utilise spontanément l'expression par l'image pour exprimer son état intérieur.

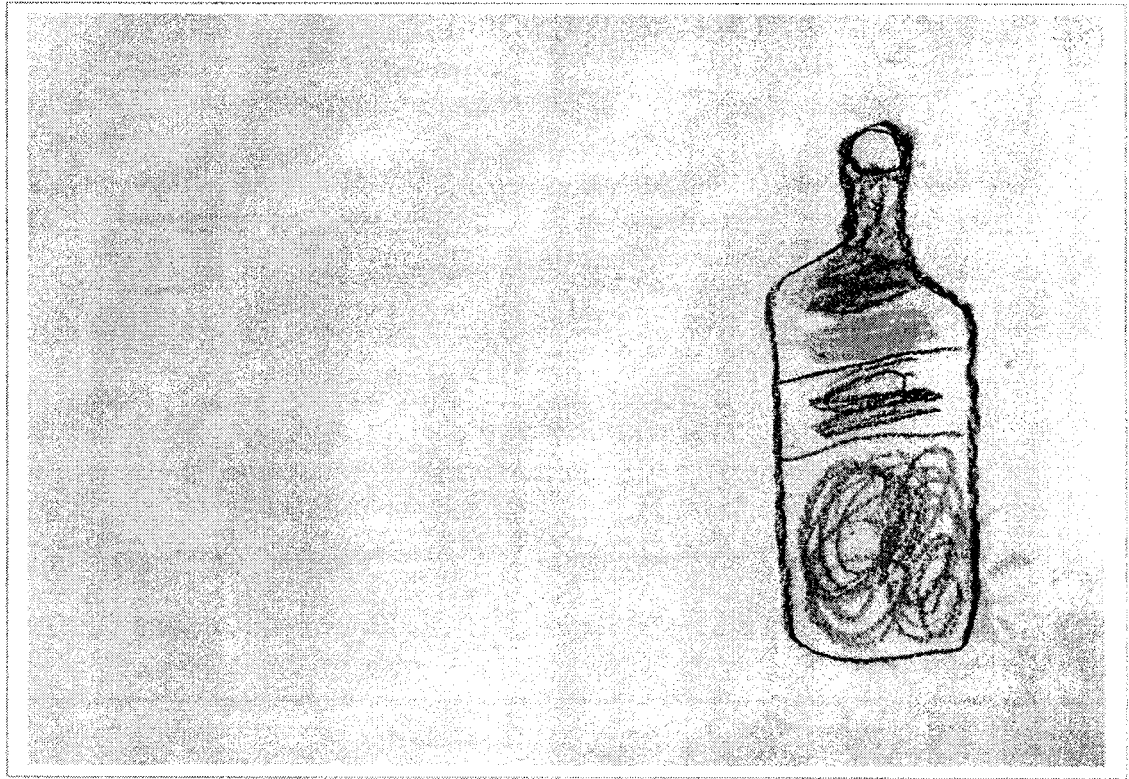


Figure 15

*Bouteille*

Cette première séance avec Madame H a favorisé l'exploration des circonstances entourant le décès de son époux et a permis d'évaluer les étapes franchies de son deuil. Nous avons également déterminé les objectifs de l'accompagnement art-thérapeutique. C'est une dame réservée, timide, mal à l'aise de s'exprimer qui n'établit pas de contact visuel. Ses yeux regardent vers le plancher. Un sentiment de honte est perceptible ainsi qu'un désir d'enlever les émotions qui surgissent lorsqu'elle dit « C'est ça! » à maintes reprises lors d'une séance. Elle se questionne à savoir si elle doit continuer à vivre dans



sa maison ou déménager dans une résidence. Madame se prend souvent les deux mains autour de la gorge comme si elle s'étranglerait afin de s'empêcher de dire quelque chose. Lors de la troisième rencontre, madame utilise de l'aquarelle. Elle peint une maison (figure 16)

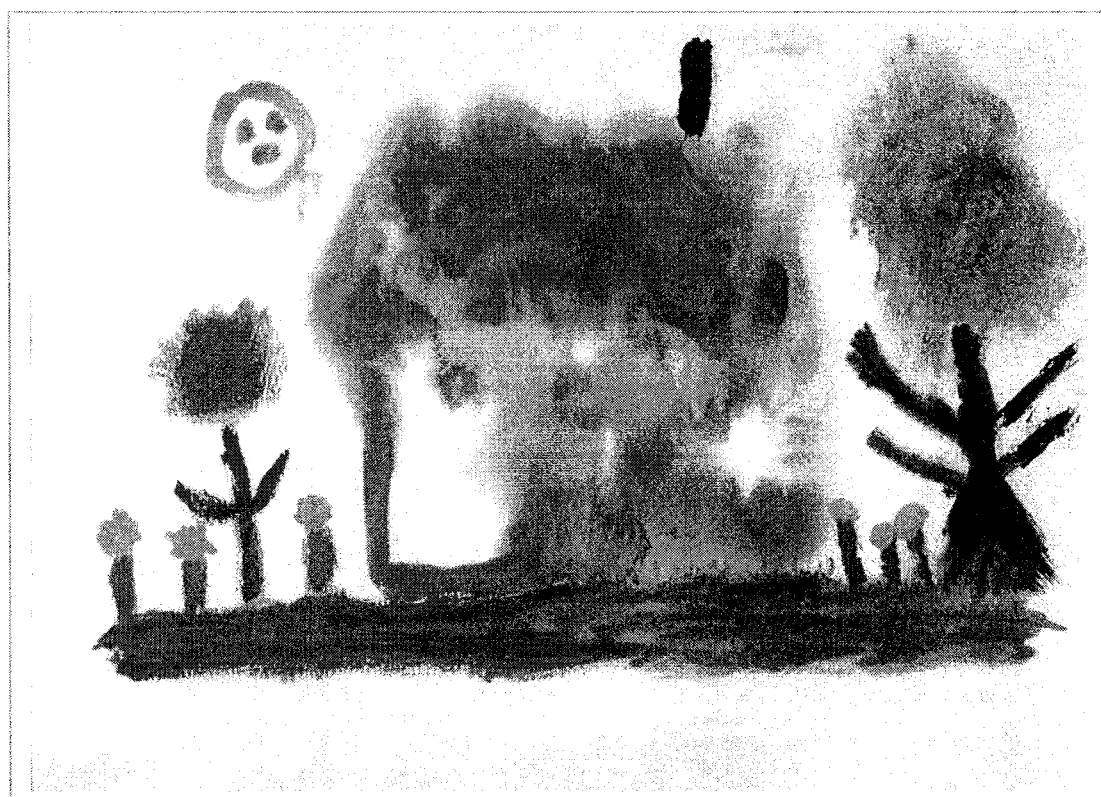


Figure 16

*Maison*

qui pourrait représenter les difficultés actuelles de madame à composer avec ses relations familiales et le choix qu'elle doit faire quant à un changement de milieu. Nous pouvons associer cette maison dont les murs ne tiennent plus (ni le toit qui protège habituellement ses habitants) au vécu psychologique de madame. C'est une maison qui semble évanescence. La maison est souvent vue comme un symbole du moi et de la famille. L'absence d'une porte et d'un chemin pour y entrer peut signifier la difficulté pour madame de d'avoir accès à elle-même et aux autres. Les troncs des arbres sont séparés de

leur couronne ce qui pourrait laisser voir les difficultés de madame à mettre au jour ses ressources personnelles. Les fleurs apparaissent comme des enfants sans bras ni jambes qui ne peuvent se protéger. L'angoisse vécue par madame semble être illustrer par de la fumée noire pouvant indiquer la présence d'un chauffage excessif à l'intérieur de la maison. Le gazon couvre le sol comme si l'image reflétait l'importance de couvrir quelque chose. Il est en même temps un signe d'un bon contact de madame avec la réalité. Un soleil sans rayon avec un visage à l'intérieur est dans le coin gauche. Il évoquerait un être triste, sans énergie et nous fait penser à la fragilité affective de madame. Lors de la cinquième rencontre, madame fait la lecture d'une lettre écrite à l'intention de son époux durant la semaine. Elle rappelle des souvenirs heureux et exprime son désarroi face à sa consommation passée d'alcool. Elle demande pardon à son mari et pleure durant la majeure partie de l'entrevue. Il apparaît évident que le travail du deuil s'active de plus en plus. Lors d'une rencontre subséquente, madame H réalise un dessin qui s'intitule : *Une belle journée ensoleillée* (figure 17). Cette image révèle un sous-sol dans lequel sont enfouies des nappes d'eau souterraines. Une ambivalence entre la pluie et le beau temps est perceptible, car le firmament est composé de bleu et de jaune juxtaposés. Les arbres sont coupés et dépouillés de feuilles. Le sentiment d'une profonde tristesse émane de cette séance. Nous percevons chez cette patiente une angoisse qui ne s'était pas exprimée depuis le début de nos rencontres. Madame raconte des faits traumatisants vécus dans sa jeunesse dont elle n'avait jamais parlé auparavant. L'accompagnement thérapeutique auprès de madame confirme le point de vue de Blum et Baker (1979), qui estiment que les conflits non résolus tentent d'émerger à n'importe quel âge. Lors de la dernière rencontre, madame affirme que son sentiment de culpabilité

a fortement diminué. Elle dit s'en vouloir encore, mais elle maintient que sa culpabilité a diminué. Madame affirme ne pas comprendre pourquoi elle s'est



Figure 17

*Une belle journée ensoleillée*

ouverte si facilement lors de nos rencontres art-thérapeutiques. Les symptômes de dépression aurait diminué au point que l'échelle de Beck (1961) ait indiqué l'absence de signes dépressifs. Madame exprime avoir de meilleures relations avec sa fille, une plus grande confiance en elle-même et se sentir capable de prendre des décisions et de s'impliquer à nouveau dans les activités de la vie quotidienne. Elle fait le choix de demeurer dans sa maison.

#### 4.3.4 Résumé du traitement auprès de madame

L'accompagnement à domicile par l'art-thérapie de madame H a permis de catalyser le dénouement de son deuil et de liquider des charges émotives refoulées malgré une brève intervention (onze séances individuelles). L'étranglement de ses mains autour du cou observé lors des premières rencontres exprime une volonté de contenir des secrets de famille et un sentiment de culpabilité refoulé face à la consommation antérieure d'alcool. Madame s'est dit libérée à la fin de notre accompagnement art-thérapeutique. Elle a associé la fin de nos rencontres avec le contenu de sa première image réalisée. Elle affirme que les couleurs à l'intérieur de la bouteille (voir figure 15) ont changé de place. Le noir est maintenant au fond de la bouteille et elle ressent que les choses sont plus stables et claires à l'intérieur d'elle-même. Madame a repris le contrôle de sa vie en décidant de demeurer chez elle et de cesser de prendre ses repas chez les religieuses, comme elle le faisait depuis le décès de son époux ; elle a recommencé à cuisiner et est plus souriante. Nous pouvons penser que la libération de secrets lourds à porter a favorisé le travail de séparation de l'objet perdu. La résolution du deuil de madame semble avoir poursuivi son cours normal après nos séances, car madame a demandé au personnel de la clinique de fermer son dossier. Nous croyons que l'art-thérapie a joué un rôle essentiel dans le dénouement des conflits intérieurs de madame, le dessin ayant favorisé l'expression de conflits latents qui jusqu'à ce jour étaient demeurés inexprimés. Le dessin a permis l'expression symbolique d'un passé, qui pour elle, était inavouable.

#### **4.4 Cas clinique no 3 : Sœur H**

Sœur H vit en communauté religieuse, elle est plus âgée que les autres sujets et elle a bénéficié de plusieurs séances (30) individuelles d'art-thérapie, d'une durée de 60 minutes. Les rencontres individuelles ont eu lieu dans le solarium de sa communauté religieuse. La préparation de la salle et du matériel était sous notre gouverne compte tenu des difficultés physiques que notre cliente présentait.

##### **4.4.1 Description du cas clinique**

Il s'agit d'une religieuse de 89 ans atteinte de troubles d'anxiété sévères à la suite de trois interventions chirurgicales consécutives dans un laps de temps très court (moins de trois mois). Aucun antécédent psychiatrique n'est signalé. Les symptômes majeurs observés lors de l'évaluation initiale effectuée par l'équipe de la clinique se résument à une incapacité à demeurer seule dans sa chambre, à l'infirmierie, et par de nombreuses demandes envers le personnel soignant. La patiente répond adéquatement au médicament prescrit et, considérant les antécédents artistiques de cette religieuse, un suivi par l'art-thérapie est proposé par le médecin psychiatre. Sœur H loge à l'infirmierie de la communauté lors du début du traitement et requiert de l'assistance pour ses activités quotidiennes en plus de présenter une diminution de ses capacités à marcher. Elle se déplace en fauteuil roulant. Les objectifs de notre accompagnement par l'art-thérapie sont de favoriser l'expression de l'anxiété dans un cadre thérapeutique, de rehausser l'estime de soi et de stimuler à nouveau les centres d'intérêts. Dans le cadre du suivi

individuel effectué auprès de sœur H, nous avons distingué trois phases au travail clinique accompli avec cette religieuse.

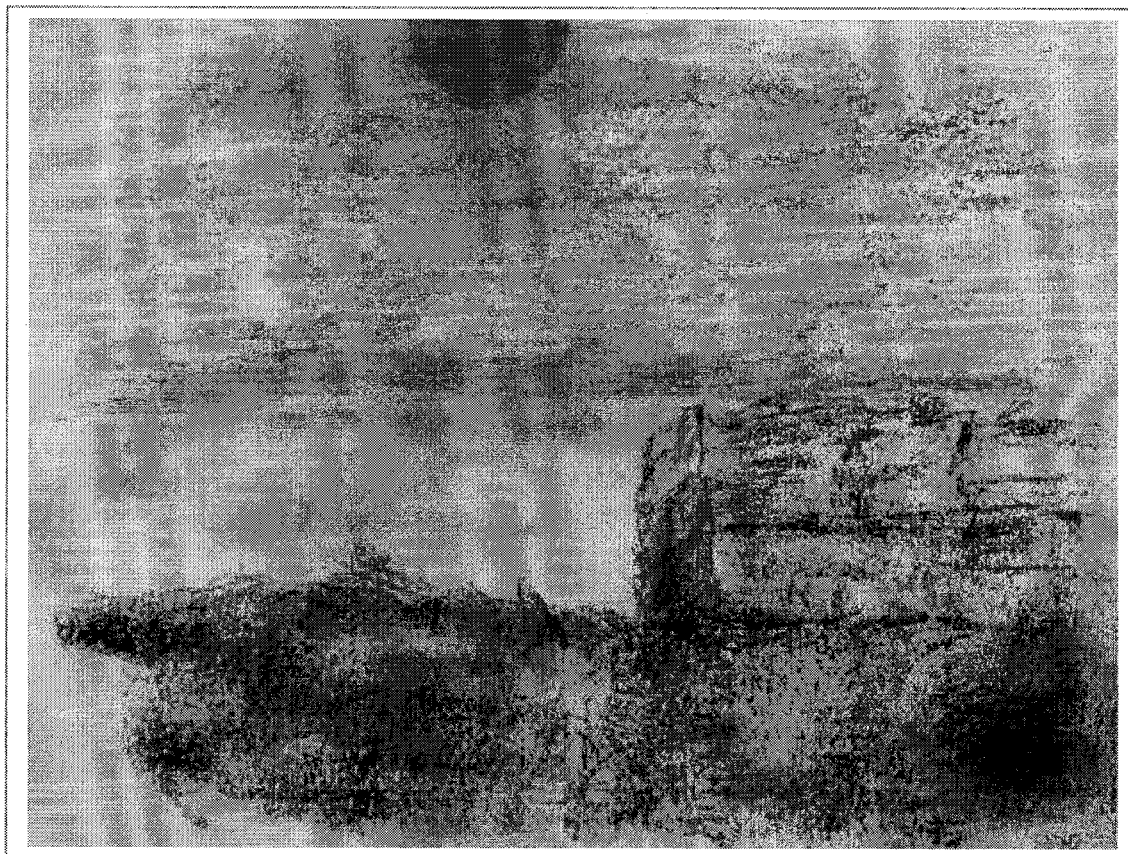


Figure 18

*Soleil couchant*

#### **4.4.2 Description des rencontres individuelles**

Dans un premier temps, l'établissement de la relation thérapeutique a été facilité par le fait que cette religieuse avait déjà réalisé des œuvres d'art et confectionné des gâteaux très originaux pour les membres de sa communauté. Elle avait déjà l'âme d'une artiste. Lors des premières rencontres, nous avons rencontré sœur H dans sa propre

chambre. Celle-ci nous a montré ses peintures et des photos de gâteaux réalisés au cours de sa vie. Elle a étudié à New York des techniques de glaçage et visité des expositions de grands chefs cuisiniers. Son talent à confectionner de petits objets en guimauve ornant ses gâteaux a favorisé son investissement dans nos rencontres. Elle nous a enseigné sa technique de fabrication. À la troisième rencontre, il a été convenu d'explorer le dessin. L'image réalisée (figure 17) représente un soleil couchant avec un semblant de pierre tombale. Compte tenu de son âge et des problèmes physiques qu'elle éprouve, ce dessin peut témoigner des préoccupations de sœur H à l'égard de l'éventualité de sa mort probable. Elle a choisi de réaliser cette image d'après un modèle vu dans une magazine. Elle dit aimer les récifs et les couchers de soleil. Durant la réalisation de son dessin, sœur H se dit anxieuse et affirme ne pas être confortable avec le dessin sur papier. Néanmoins, c'est avec une certaine assurance qu'elle réalise son œuvre. Notre patiente affirme avoir frôlé la mort de près. La représentation d'une pierre tombale dans la partie inférieure de l'image est perceptible. Le noir indique la présence de l'anxiété, le brouillard témoigne d'une ambiguïté face aux événements passés et face à l'avenir. Il y a un soleil au loin; peut-être s'éteint-il ? Lors de notre rencontre suivante, sœur H choisit la pâte à modeler *Play Do*, ce qui lui permet de réaliser des petites pièces avec beaucoup de détails. Cette religieuse développe, au fil des séances, ses propres techniques en utilisant des objets (bouteille pour rouler la pâte et couteau pour couper des pièces ou pour faire un montage). Au même moment, sœur H réintègre sa chambre régulière et quitte l'infirmerie. Sa chambre ressemble de plus en plus à un atelier de travail. La réalisation d'un gâteau en trois dimensions (figure 19) avec la pâte à modeler pour souligner la période des Fêtes, a été un projet de longue haleine qui a contribué à mobiliser

complètement les capacités résiduelles de notre cliente. Entre les séances, elle planifie le travail à accomplir, s'achète de la pâte à modeler par l'entremise d'un employé, fabrique des éléments décoratifs et tente des expériences nouvelles pour réaliser son projet. Elle démontre alors ses habiletés créatrices et se prouve elle-même qu'elle peut encore

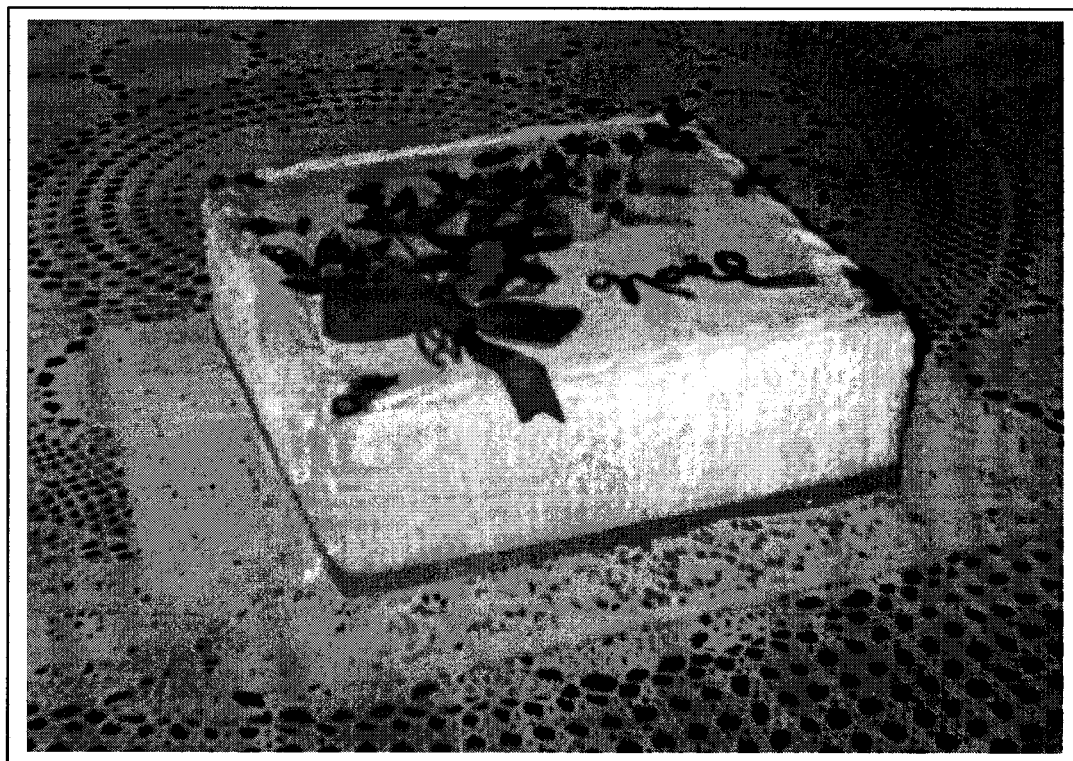


Figure 19

*Gâteau*

produire des choses intéressantes. Elle nous enseigne à faire de la glace royale et à nous servir d'outil de cuisine dont l'usage nous était peu connu. Au moment où le projet s'est terminé, elle s'habillait et remarchait (à l'aide d'une marchette) avec ses souliers habituels. Elle disait vouloir « préserver son autonomie ».





Figure 20

*Vie spirituelle*

L'apprentissage de l'aquarelle a constitué l'essentiel du travail réalisé durant cette deuxième phase du traitement. Elle effectue le choix des modèles et se procure, entre nos rencontres, le matériel requis pour pratiquer la technique. Elle réalise un paysage qui représente, dit-elle, sa vie spirituelle dans la communauté (figure 20). Une intensité affective est perceptible dans ce dessin. Elle dit marcher dans une forêt dont les arbres représentent les membres de sa congrégation. Elle se dirige dans le chemin qui mène vers

Dieu. Elle se dit prête à mourir et à le rejoindre. Elle affirme que sa plus grande fierté est sa capacité d'accepter les choses comme elles sont.

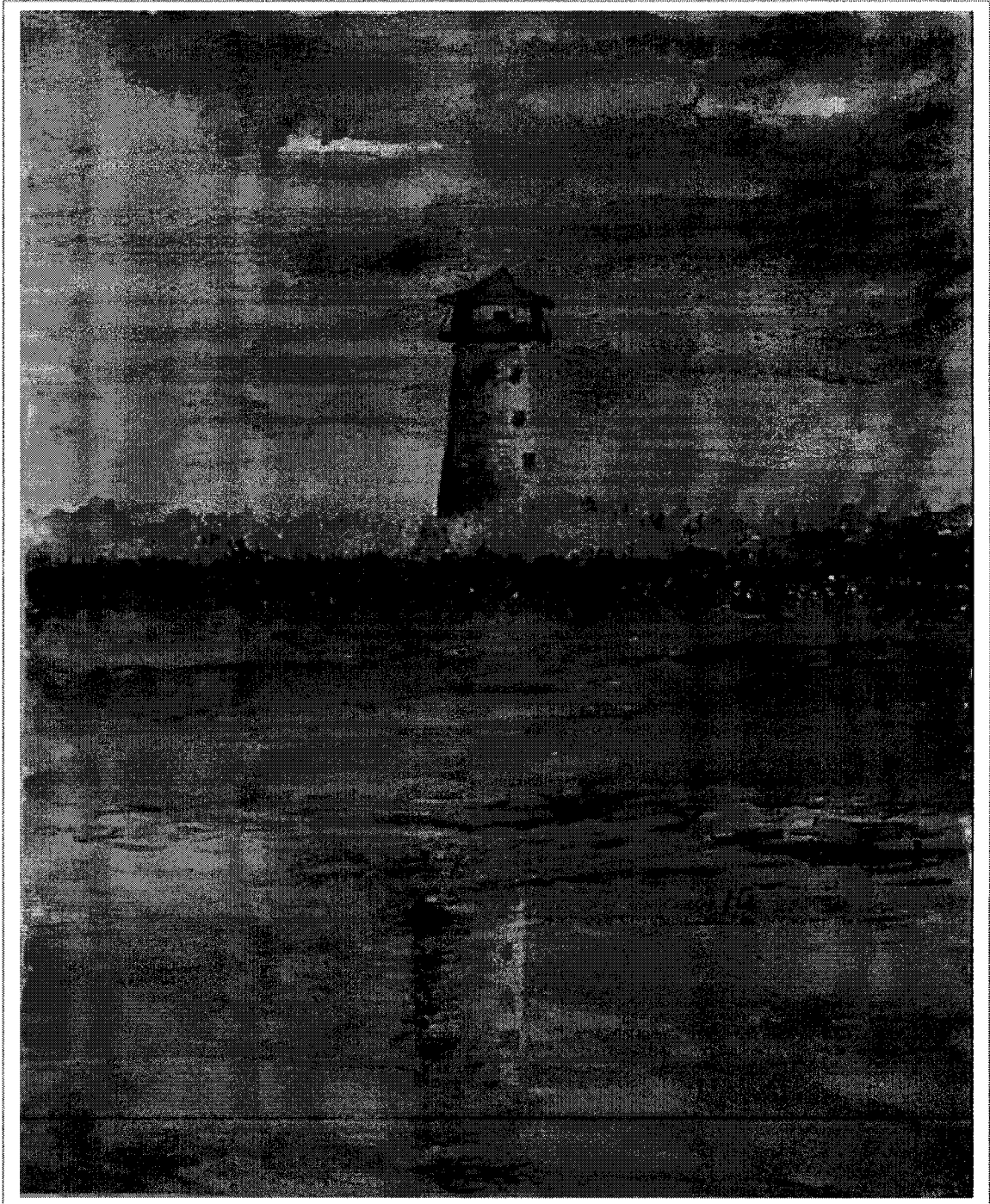


Figure 21

*Phare*

Elle réalise ensuite, à l'extérieur de nos rencontres, l'image d'un phare (figure 20). Le phare est la lumière qui guide les bateaux la nuit afin de les protéger du naufrage. Nous sommes porté à voir ce dessin comme une représentation symbolique de la relation thérapeutique qui prévaut. Sœur H exerce ses talents entre nos rendez-vous et le personnel nous informe que celle-ci a réalisé de bien belles choses et que son état physique et mental s'est amélioré. Elle commence alors une production de cartes pour ses amies de la communauté en utilisant l'aquarelle. Son rôle dans la communauté, qui était de confectionner des gâteaux pour ses consœurs s'est transformé pendant la production de ces cartes peintes à l'aquarelle.

L'exploration de son histoire de vie à l'aide de l'image a constitué la dernière phase de mes rencontres avec sœur H. Elle réalise des images de son enfance dont celle d'un camp d'été pour jeunes filles dont elle a été responsable et qui a été un moment significatif dans sa vie (figure 22). Elle a vécu deux épreuves à cette époque. Elle était atteinte sévèrement de tuberculose et elle a vécu le décès accidentel de sa bonne amie. Elle dit avoir surmonté ces épreuves en gardant la foi. Elle affirme que la plus grande réussite de sa vie est sa spiritualité et le fait d'être capable d'accepter les choses comme elle sont. Elle a inscrit dans son dessin les mots suivants : « Ainsi coulent les jours ». L'amélioration de l'état psychologique de Sœur H est de plus en plus observable. Elle affirme qu'elle ne croyait pas que l'art-thérapie pourrait lui apporter autant, et elle comprend que les visites hebdomadaires ont constitué un soutien psychologique important dans l'amélioration de sa condition. Elle propose de réaliser une dernière image pour exprimer la fin de notre relation. C'est un coucher de soleil très rouge (figure

23) « pour symboliser l'amour ». C'est aussi celui que l'on voit après une journée d'été très chaude. Elle se dit prête à mourir et cette image pourrait représenter la cohabitation

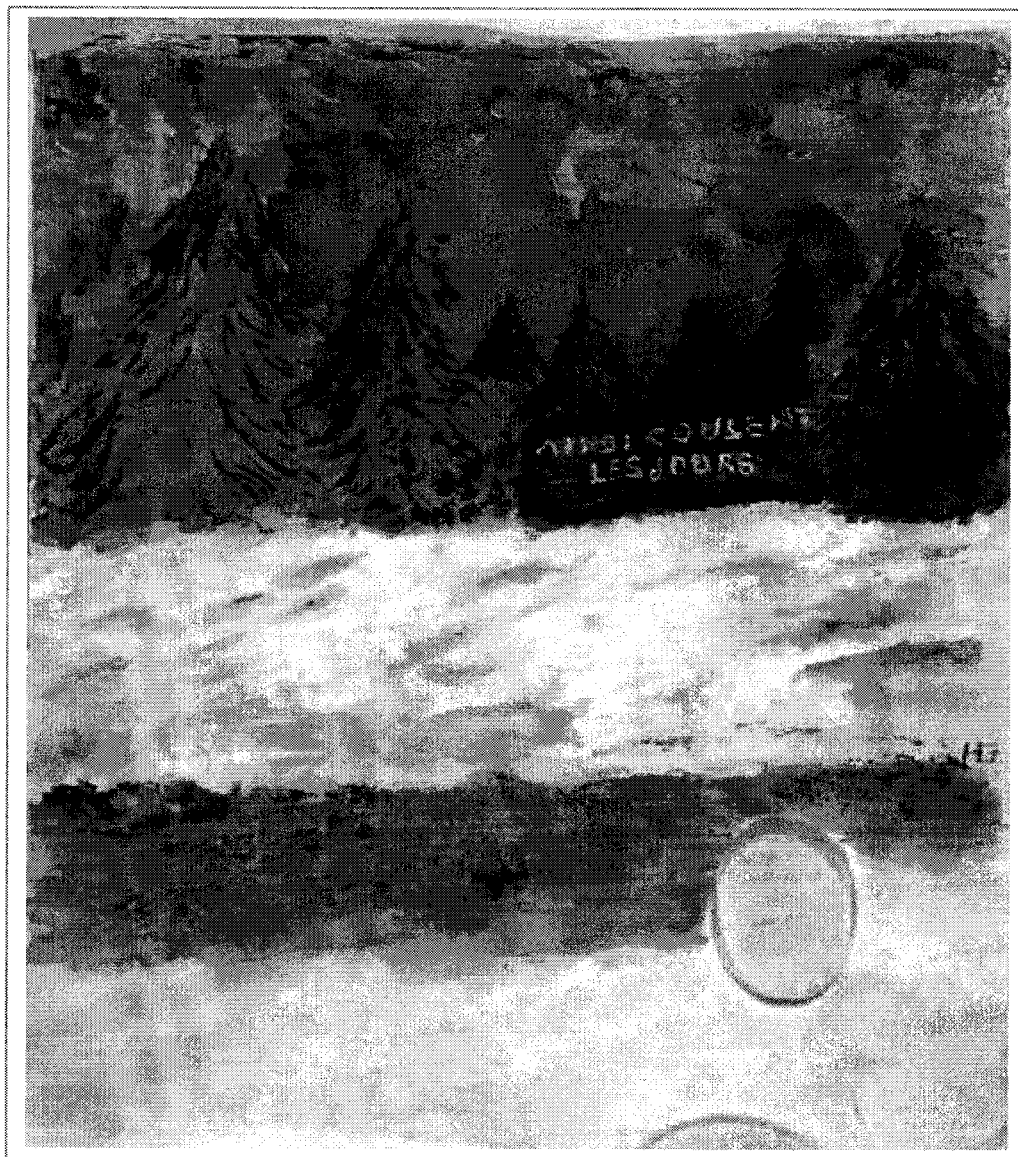


Figure 22

*Souvenir d'un camp d'été*

de la vie et de la mort dans une perspective de continuité. L'accompagnement art-thérapeutique de sœur H a été pour elle l'occasion de renforcer un moi appauvri, de se *réapproprier* son existence par l'acte de créer. Elle affirme, lors de notre dernière visite, que notre contribution a été plus grande pour elle que ce que nous pensons. Cet exemple

clinique peut expliquer les effets d'une relance narcissique vécue par une personne âgée telle que Le Gouès (2000) le soutient ; il en était question au premier chapitre. La création des images a eu pour effet de relancer le *narcissisme sain* de notre cliente.

Les trois vignettes cliniques exposées dans ce chapitre nous permettent de faire les constatations suivantes : malgré les différences dans le suivi individuel et le traitement pharmacologique prescrit pour chacun des cas présentés, des éléments récurrents peuvent être observés dans le travail clinique. Tout d'abord, l'art-thérapeute doit favoriser l'établissement d'une relation de confiance avec le sujet âgé, lors des premières visites à domicile, de manière à dépasser certaines résistances à produire des images et à favoriser l'investissement créatif. Par la suite, nous avons observé que le recours à la fabrication de l'image est plus accepté malgré des réserves de certains sujets. Les trois vignettes cliniques présentées démontrent l'importance du langage plastique de chacun des sujets et le contenu exceptionnel qu'il nous communique. La pratique de l'art-thérapie à domicile, si l'on se fie à l'évolution clinique des trois cas présentés, serait non seulement faisable mais permettrait d'améliorer des problèmes de dépression ou d'anxiété chez les personnes âgées. L'échelle de dépression de Beck (1961) vient appuyer cette hypothèse en indiquant l'absence de dépression lors du deuxième test, à la fin du traitement.

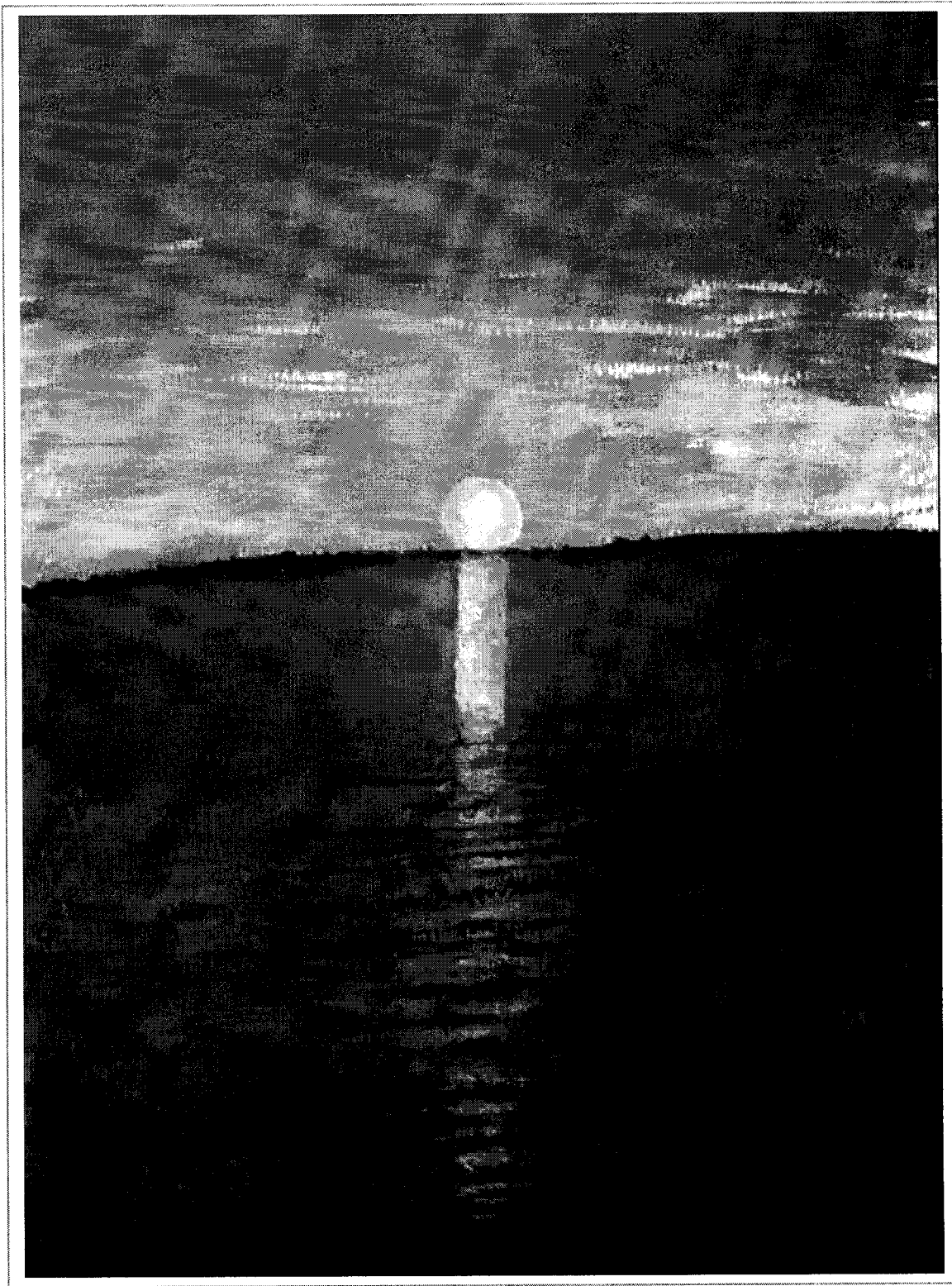


Figure 23

*Coucher de soleil*

## CONCLUSION

Le présent travail de recherche propose une étude pilote de faisabilité concernant la pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées. Ses effets sur les états dépressifs présentés par certaines personnes âgées ont été explorés, bien que sommairement. Cette recherche s'est déroulée lors d'un stage de maîtrise dans une clinique de psychogériatrie d'un hôpital francophone de Montréal, de septembre 2000 à avril 2001. Quatre volets ont été étudiés: (1) les aspects pragmatiques de la pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées ; (2) l'étude exploratoire des effets de l'art-thérapie sur l'incidence des symptômes dépressifs évalués à partir de l'échelle de dépression de Beck (1961) ; (3) l'analyse des images des clients effectuée à partir d'une grille d'observation de certains éléments graphiques de l'image, grille inspirée du *Formal Elements Art Therapy Scale* (Gantt, 1998); (4) la présentation d'études de cas cliniques (vignettes) de personnes âgées ayant bénéficié d'une intervention art-thérapeutique à domicile, dans le cadre du stage. La période expérimentale proprement dite a été d'une durée de trois mois (du 19 février à la fin avril 2001). Les critères de sélection des sujets étaient les suivants : demeurer à domicile ; présenter des symptômes de dépression; consentir à participer à notre étude. Un nombre restreint de sujets (quatre) ont formé le groupe expérimental et nous avons expliqué les raisons de cet échantillonnage restreint précédemment. Le test qui mesure l'échelle de dépression (Beck, 1961) a été effectué à deux reprises c'est-à-dire en février 2001 et à la fin de la période expérimentale en avril 2001.

En conclusion de cette recherche, il nous apparaît que l'art-thérapie à domicile est une pratique faisable. La participation active des sujets recrutés lors des rencontres thérapeutiques, participation allant de la préparation par les sujets aux rencontres jusque et y compris la production d'images a été un indice probant de leur engagement dans le processus thérapeutique et a témoigné d'une volonté de changement et d'un désir d'améliorer leur situation psychologique dans le cadre d'une intervention thérapeutique à domicile. Tous les sujets ont participé activement à l'édification du cadre thérapeutique. Cependant, il faut noter que des préalables doivent être respectés : l'établissement d'une relation de confiance dès le début de l'intervention (essentielle à la décision des personnes âgées de poursuivre l'expérience) et un travail de renforcement positif auprès de celles-ci en ce qui a trait à leur capacité de produire des images et ce, particulièrement, au début de l'accompagnement par l'art-thérapie.

L'implication des sujets s'étant maintenue tout au long du notre accompagnement art-thérapeutique, elle représente un indicateur de leur motivation à explorer cette modalité thérapeutique peu connue. Nous pouvons également relever le sentiment de valorisation personnelle découlant de cette implication directe du sujet âgé comme un effet remarquable ressortant de cette recherche.

L'intervention à domicile comporte aussi des difficultés et des limites. L'art-thérapeute doit s'adapter et composer avec chaque milieu de vie contrairement à la pratique en cabinet privé où l'environnement, qui est celui du praticien, demeure stable.



À domicile, l'environnement est sous la gouverne des personnes âgées. Le thérapeute doit interagir avec les membres de la famille ou d'autres proches, et il peut y avoir de multiples sources d'interaction, telles la présence d'autres personnes, d'autres services dispensés, etc. Ainsi, une approche personnalisée et adaptée aux besoins de chaque client est-elle requise.

L'art-thérapie à domicile, compte tenu des éléments ci-haut mentionnés, requiert des qualités particulières. L'adaptabilité, l'autonomie professionnelle, la polyvalence, l'ingéniosité et la créativité sont parmi les critères cités par Bell (1998) et Sezaki & Bloomgarden (2000). Ce lieu privilégié d'intervention, le domicile, comporte une dimension d'ouverture symbolique au monde interne de la personne et le thérapeute doit porter attention à tous les éléments qui enrichissent la rencontre, qui renseignent le praticien sur le rapport du client à lui-même et à son environnement. Ces informations sont précieuses pour déterminer un plan de traitement judicieux .

Une recherche plus approfondie contrôlant des paramètres de mesure et comparant les résultats entre un groupe contrôle et un groupe expérimental devrait être effectué afin de démontrer les effets de l'art-thérapie et, plus précisément l'incidence de cette intervention sur la diminution des symptômes dépressifs des personnes âgées. Une recherche comparative entre des personnes demeurant à domicile et en résidence pourrait conduire à d'autres observations relatives à l'influence du milieu de vie sur l'amélioration des symptômes dépressifs. Une autre dimension, non traitée par la présente, serait de vérifier l'impact d'une visite à domicile sur l'humeur des personnes âgées et

conséquemment, la différence qui existe entre une visite « d'amitié » effectuée par un bénévole et une rencontre individuelle en art-thérapie. Ces réserves étant émises quant à la nécessité d'une démarche scientifique plus approfondie afin de cerner de manière précise les effets spécifiques de la pratique de l'art-thérapie à domicile, il n'en demeure pas moins que les résultats que nous avons obtenus sont encourageants. À la suite des tests passés à l'aide de l'échelle de dépression de Beck (1961), les résultats indiquent que l'art-thérapie pourrait diminuer significativement les symptômes dépressifs présentés par des personnes âgées. Deux sujets présentant un profil comparable, tel que décrit dans le chapitre 4 (madame D et madame H), ont présenté une diminution importante de leurs symptômes dépressifs à la fin de la période expérimentale.

Par ailleurs, l'étude de l'évolution de la production graphique de chacun des sujets à l'aide d'une grille d'observation des images produites à chaque rencontre individuelle, indique une progression à la hausse de l'investissement personnel dans la production des images ; notons, le recours à l'utilisation de la couleur et de l'espace, recours particulièrement sensible vers la fin du stage. Malgré la variabilité des résultats individuels obtenus par chacun des sujets, nous avons observé une augmentation progressive du pointage individuel de chacun des sujets par comparaison entre les résultats obtenus lors de la production de la première image et ceux de la dernière image réalisée. Cette remarque s'applique également à la moyenne du groupe. Le score moyen du groupe était de 29,5 lors de la réalisation de la première image et de 42,5, à la dernière image produite. L'ensemble des scores obtenus établit la moyenne à 34,7.

Il nous importe de mentionner les possibilités nombreuses de l'approche art-thérapeutique; cette modalité s'adapte bien aux besoins de chaque personne peu importe le niveau intellectuel, la présence ou non de déficit cognitif, le diagnostic psychiatrique et la problématique vécue par le sujet âgé. À la suite de l'analyse des résultats obtenus, nous pouvons poser que l'art-thérapie influencerait positivement la résolution d'un deuil, à l'aide, selon les cas, des traitements prescrits par le médecin psychiatre et du suivi thérapeutique dispensé par le personnel de la clinique de psychogériatrie. Par exemple, les changements observés dans le style artistique de madame D pourraient confirmer les travaux de Simon (1983), à savoir que le style artistique de la personne endeuillée change lors de la résolution du deuil. Elle peut aussi renseigner l'équipe traitante de la présence d'éléments dépressifs par l'observation des couleurs, l'énergie et l'espace utilisés dans l'image (Gantt et Tabone, 1998). En dernier lieu, nous avons observé que l'art-thérapie peut servir à dénouer une impasse thérapeutique lorsque, par exemple, les autres modalités de traitements ne donnent pas les résultats escomptés. En plus, son utilisation auprès de clients peu verbaux, introvertis, peut s'avérer positive, car elle peut favoriser l'expression non verbale d'un conflit interne.

Nous croyons que les personnes âgées sont en mesure de faire preuve d'introspection et d'analyse face à leurs problèmes. L'art-thérapie propose donc une alternative au traitement de la dépression, seule ou en complémentarité avec les autres modalités thérapeutiques actuelles. Comme le soutient Le Gouès (2000), l'accompagnement art-thérapeutique serait une occasion de renforcer le moi appauvri des personnes âgées. Les exemples cliniques présentés dans cette étude tendent à soutenir cette affirmation. L'art-

thérapie serait susceptible de promouvoir le *narcissisme sain* du patient âgé, puisque cette approche mobilise, par l'acte de création même, le potentiel créateur et libidinal de la personne, lequel se trouve ainsi à être remis en mouvement. Le simple fait de créer des images est déjà un engagement du patient à vouloir s'insérer à nouveau dans le monde et un geste tangible pour améliorer sa situation. Le Gouès (2000) écrit : «Il faut toujours continuer de se créer et de se recréer soi-même afin de ne pas se déprimer trop vite » (p. xii).

Le vieillissement de la population, les contraintes budgétaires lourdes dans le secteur de la santé, les coûts des hospitalisations sont des données démographiques, sociologiques et économiques qui laissent entrevoir un tableau complexe pour ce qui touche à la situation des personnes âgées dans les années qui viendront. Cette recherche indique que la pratique de l'art-thérapie à domicile pourrait contribuer à prévenir et à soulager les problèmes d'adaptation psychologique rencontrés par cette catégorie de personnes. Nous espérons que d'autres recherches réalisées dans l'avenir démontreront de manière exhaustive les prémisses de celle-ci et contribueront à la reconnaissance élargie de cette modalité d'intervention auprès des personnes âgées.

## Bibliographie

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott: A dictionary and guide to understanding his work*. N.J.: J. Aronson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Association des arts-thérapeutes du Québec Inc. (1994). Dépliant d'information.
- Altshuler, K. Z. (1985). Psychiatric treatment for the Aged: 2000 and beyond 2000. In C. M. Gaitz, & T. Samorajsky (Eds.), *Aging 2000: Our health care destiny*. Vol 1: Biomedical Issues (pp. 453-461). New York: Springer-Verlag.
- Amyot, A. (1996). La dépression chez les personnes âgées. Dans J. Leblanc & collaborateurs (Eds). *Démystifier les maladies mentales. Les dépressions et les troubles affectifs cycliques* (pp. 215-231). Montréal: Gaëtan Morin.
- Amyot, A. (1996). La psychothérapie psychanalytique de la personne âgée. Dans P. Doucet & W. Reid, (Eds). *La psychothérapie psychanalytique. Une diversité de champs cliniques* (pp.343-355). Montréal: Gaëtan Morin.
- Amyot, A. (2000, Juin). La psychogériatrie à domicile: Un coup d'œil qui en dit long. Présentation scientifique à une journée de formation médicale continue. *La psychiatrie gériatrique: les tendances au XXIe siècle*. Département clinique de psychiatrie du Centre hospitalier Robert-Giffard, Beauport: QC.
- Association Canadienne pour la Santé mentale. Filiale de Montréal (1996). *Vieillir en santé mentale*. Actes du colloque du 9 mai 1996. Montréal.
- Bacqué, M. F., & Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Collection Que sais-je ? numéro 3558. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 53-63.
- Bell, S. (1998). Will the kitchen table do ? Art therapy in the community. In M. Pratt & M. J. Wood (Eds.), *Art therapy in palliative care: The creative response* (pp.88-101). New York: Routledge.
- Blum, J. E., & Bakur Weiming, M. (1979). Neurosis in the Older Adult. In O. J. Kaplan (Eds), *Psychopathology of aging* (pp.167-195). New York: Academic Press.

- Bulner, M. (1979). Concepts in the analysis of qualitative data. *Sociological review*, 27(4), 651-675.
- Bureau Québécois de l'année Internationale des personnes âgées (1999). *Guide d'activités communautaires. Vers une société pour tous les âges, une question de solidarité*. Québec.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Brody, C. M. (1999). Existential issues of hope and meaning in late life therapy. In M. Duffy (Eds), *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults* (pp. 91-105). New York: John Wiley.
- Cane Detre K. et al. (1983). Roots of art therapy. Margaret Naumburg (1890-1983) and Florence Cane (1882-1952). A family portrait. *American Journal of Art Therapy*, 22, 111-123.
- Cameron, J. (1996). *On the meaning of growing old: Art therapy with a group of institutionalised elders*. Unpublished master's thesis, Department of Art education and Art Therapy. Montréal. Concordia University.
- Champagne, R., et al (1992). *La vieillesse: voie d'évitement ...ou voie d'avenir ? Le vieillissement et la santé mentale*. Le comité de la santé mentale au Québec. Montréal: Gaëtan Morin.
- Case, C., & Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. New York: Routledge.
- Cohen, G. D. (1985). The future of psychotherapy and the elderly. In C. M. Gaitz & T. Samorajsky (Eds.), *Aging 2000 : Our health care destiny*. Volume 1: Biomedical Issues (pp. 497-507). New York: Springer-Verlag.
- Crosson, C. (1976). Art therapy with geriatrics patients: Problems of spontaneity. *American Journal of Art Therapy*, 15, 51-56.
- Department of national health and welfare, mental health division, health services and promotion branch.(1991). *Mental health problems among Canada's seniors. Demographic and epidemiological considerations*. Ottawa.
- Devost, O. (1995). *La créativité comme outil thérapeutique au traitement de la dépression en art-thérapie*. Mémoire de maîtrise (inédit), Département de l'enseignement de l'art et des thérapies par les arts. Montréal, Université Concordia.
- Dewdney, I. (1973). An art therapy program for geriatric patients. *American Journal of Art Therapy*, 12 (2), 249-254.

- Doric-Henry, L. (1997). Pottery as art therapy with elderly nursing home residents. *Art Therapy*, 14(3) , 163-171.
- Duffy, M. (1999). Reaching the person behind the dementia: Treating comorbid affective disorders through subvocal and nonverbal strategies. In M. Duffy (Eds), *Handbook of counselling and psychotherapy with older Adults* (pp. 577-589). New York: John Wiley.
- Dissanayake, E. (1995). Reflecting on the past: Implication of prehistory and infancy for art therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, 12(1), 17-22.
- Edwards, M. (1987). Jungian analytic art therapy. In J. A. Rubbin (Eds.), *Approaches to art therapy* (pp.92-113 ). New York: Brunner/Mazel.
- Engle, P., & Ferrar Muller, E. (1997). Viewpoints: A reflection on art therapy and aging. *Art Therapy*, 14(3), 206-209.
- Forget, F. (1999). *L'art-thérapie au service du troisième âge: pour le développement d'une pratique à domicile auprès des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs*. Travail de recherche (inédit), Département de l'enseignement de l'art et des thérapies par les arts. Montréal, Université Concordia.
- Franklin, M. (1992). Art therapy and self-esteem. *Journal of the American Art Therapy Association*, 9(2), 78-84.
- Gantt, L., & Tabone, C. (1998). The formal elements art therapy rating scale (FEATS). In B. Feder & E. Feder (Eds.), *The Art and Science of Evaluation in the arts therapies. How do you know what's working ?* (pp. 268-272). Springfield: Charles C. Thomas.
- Gantt, L., & Tabone, C. (1998). *The formal elements art therapy rating scale (FEATS). The rating manual*. Morgantown: Gargoyle Press.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3(2), 13-23.
- Gerdner, L. (2000). Music, art, and recreational therapies in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 359-366.
- Gerner, R. (1979) . Depression in the elderly. In O. J. Kaplan (Eds), *Psychopathology of aging* (pp.97-148). New York: Academic Press.

- Gibson, G. L. (1994). Make art therapy a reality for the homebound. *Journal of Long-Term Home Health Care*, 13(3), 43-47.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation (1997). *Bilan d'implantation de la politique de la santé mentale au Québec*. Québec.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec.
- Grégoire, P. A. (1998). Imitation response and mimesis in dementia. *Art Therapy Journal of the American Association*, 15(4), 261-264.
- Grégoire, P. A. (1985). Art et thérapie. Dans J. Dufresne., F. Dumont & Y. Martin (Eds), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie* (pp. 941-956). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture. Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Groulx, B. (2001). Dépression et démence: ce que les cliniciens doivent savoir. *Revue Canadienne de la Maladie d'Alzheimer*, (4), 9-20.
- Gurland, B. J. , Wilder, D. E., & Copeland, J. (1985). Concepts of depression in the elderly: Signposts to future mental health needs. In C. M Gaitz & T. Samorajsky (Eds.), *Aging 2000: Our Health Care Destiny*. Volume 1: Biomedical Issues (pp. 443-451). New York: Springer-Verlag.
- Kleerman, G. L. (1976). Psychotic Disorders: Major Affective Disorders. Overview of Depression. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry-II* (pp.1003-1011). Baltimore: Williams and Wilkins Company.
- Kahn-Denis, K. B. (1997). Art therapy with geriatric dementia clients. *Journal of the American Art Therapy Association*, 14(3), 194-199.
- Kaufman, A. B. (1996). Art in boxes : An exploration of meanings. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 237-247.
- Kunstaetter, D. (1987). Occupational therapy treatments in home health care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 42(8), 513-519.
- Hanus, M. ( 1985). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et l'enfant*. Paris: Maloine.
- Klein, M. (1978). La vie émotionnelle des bébés. Dans K. Abraham et al. (Eds), *Les stades de la libido: de l'enfant à l'adulte* (pp. 143-162). Paris: Tchou.



- Klein, M. (1984). *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot
- Landgarten, H. (1983). Art psychotherapy for depressed elders. *Clinical Gerontologist*, 2(1), 45-53.
- Lazarus, R.H.& DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in ageing. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Leclerc, J. (1997, Novembre). *L'expression des émotions en images*. Texte de communication (inédit) présenté lors du colloque *Hearts & Minds*, Institut des relations humaines Argyle, Montréal: Qc.
- Le Gouès, G. (1991). *La psychanalyse et le vieillard*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Introduction à la clinique tardive. Collection Psychismes. Paris: Dunod
- Lesage, A. (1996). Le suicide et les maladies affectives. Dans J. Leblanc et collaborateurs (Eds), *Démystifier les maladies mentales. Les dépressions et les troubles affectifs cycliques* (pp.234-250). Montréal: Gaëtan Morin.
- Lévesque, L. (2001). L'approche relationnelle d'accompagnement de la personne atteinte de troubles cognitifs. *L'infirmière du Québec*, 8(3), 29-38.
- Lovestone, S., & Howard, R. (1996). *Depression in elderly people*. London: Martin Dunitz.
- McNiff, S. (1992). *Art as medicine: Creating a therapy of the imagination*. Boston: Shambhala.
- McNiff, S. (1998). *Art-Based research*. London & Philadelphia: Jessica Kingsly.
- Melcher, J. (1988). Keeping our elderly out of institutions by putting them back in their homes. *American Psychologist*, 43(8), 643-647.
- Mertens, D. M. (1997). *Research methods in education and psychology*. Integrating diversity with quantitative & qualitative approaches (pp 460-494). London: Stage Publication.
- Mishara, B. L., & Reidel, R. G. (1984). *Le vieillissement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Newton, N. A., & Jacobowitz, J. (1999). Transferential and contertransferential processes in therapy with older adults. In M Duffy (Eds), *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults* (pp. 21-40). New York: John Wiley.

- Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods. In M.Q. Patton (2<sup>nd</sup>ed.), *Enhancing the quality and reliability of qualitative analysis* (pp. 460-494). London: Sage Publications.
- Pelsser, R. (1979). *La perte de l'objet et le travail du deuil au cours du processus psychothérapeutique*. Manuscrit non publié disponible à la bibliothèque du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre (1995). *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre*. Document de consultation no 2. Montréal.
- Rubin, J. A. (1987). Freudian psychoanalytic theory : Emphasis on uncovering and insight. In J. A. Rubbin (Ed.), *Approaches to art therapy* (pp.92-113 ). New York: Brunner/Mazel.
- Santé et Bien être Social Canada (1991). *Mental health problems among Canada's seniors. Demographic and epidemiological considerations*. Department of National Health and Welfare.
- Sezaki, S., & Bloomgarten, J. (2000). Home-based art therapy for older adults. Art Therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, 17(4), 283-290.
- Sgalambro, M. (2001). *Traité de l'âge. Une leçon de métaphysique*. Paris: Payot.
- Siebert, C. A. (1996). A description of fieldwork in the home care setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(6), 423-429.
- Silver, R. (1993). Assessing the emotional content of drawings by older adults: Research findings and implications. *American Journal of Art Therapy*, 32, 46-51.
- Simon, R. (1981). Bereavement Art. *American Journal of Art Therapy*, 20, 135-145.
- Smith, D. (2001). Shock and disbelief. *The Atlantic Monthly*, 287 (2), 79-90
- Spaniol, S. (1992). Is there a "late style" of art ? Line use in human figure drawing by elderly people. *Journal of the American Art Therapy Association*, 9(2), 93-95.
- Spaniol, S. (1997). Art therapy with older adults : Challenging myths, building competencies. *Journal of the American Art Therapy*, 14(3), 206-209.
- Tessier, J.-F. (1999). Suicide du sujet âgé et autres conduites autodestructrices. Dans J.-M. Léger (Eds), *Psychiatrie du sujet âgé* (pp.133-146). Paris: Flammarion, Médecine-Sciences.

- Tremblay, A. M. (1995). *L'art-thérapie et la dépression chez les patients en gériatrie*. Mémoire de maîtrise (inédit), Département de l'enseignement de l'art et des thérapies par les arts. Montréal, Université Concordia.
- Twining, C. (1988). *Helping older people: A psychological approach*. New York: John Wiley and Sons.
- Vézina, J. , Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Wald, J. (1983). Alzheimer's disease and the role of art therapy in its treatment. *American Journal of Art Therapy*, 22(2), 57-64.
- Wald, J. (1984). The graphic representation of regression in an Alzheimer's disease a patient. *The Arts in Psychotherapy*, 11(3), 165-175.
- Wald, J. (1986). Art Therapy for patients with dementing illnesses. *Clinical Gerontologist*, 4(3), 29-40.
- Wald, J. (1986). Fusion of symbols, confusion of boundaries : Percept contamination in the artwork of Alzheimer's disease patients. *American Journal of Art Therapy*, 3, 74-80.
- Weishaar, K. (1999). The visual life review as a therapeutic art framework with the terminally ill. *The arts in Psychotherapy*, 26(3), 173-184.
- Winnicott, D. W. (1965). *The family and individual development*. New York : Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment : Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock

## Annexe I

### Échelle de dépression Beck (1961)

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui y compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

- 1 0 Je ne me sens pas triste  
1 Je me sens triste  
2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir.  
3 Je suis si triste que je ne peux le supporter.
- 2 0 Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir.  
1 Je me sens découragé(e) par l'avenir.  
2 J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.  
3 J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.
- 3 0 Je ne me sens pas triste  
1 Je me sens triste  
2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir.  
3 Je suis si triste que je ne peux le supporter.
- 4 0 Je ne me considère pas comme un(e) raté(e).  
1 J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échec que le commun des mortels.  
2 Quand je vois mon passé, je ne vois que des échecs.  
3 J'ai l'impression d'avoir complètement échoué ma vie.
- 5 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable  
1 Je me sens coupable une bonne partie du temps.  
2 Je me sens coupable la plupart du temps.  
3 Je me sens continuellement coupable.
- 6 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).  
1 J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).  
2 Je m'attends à être puni(e).  
3 J'ai l'impression d'être puni(e).
- 7 0 Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi.  
1 Je suis déçu(e) de moi.  
2 Je suis dégoûté(e) de moi.  
3 Je me hais.
- 8 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque.  
1 Je suis critique de mes faiblesses et de mes erreurs.  
2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs.  
3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent.

- 9 0 Je ne pense aucunement à me suicider.  
 1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes.  
 2 J'aimerais me suicider.  
 3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion.
- 10 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire.  
 1 Je pleure plus qu'avant.  
 2 Je pleure continuellement maintenant.  
 3 Avant je pouvais pleurer, mais maintenant j'en suis incapable.
- 11 0 Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant.  
 1 Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement qu'auparavant.  
 2 Je suis continuellement irrité(e).  
 3 Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant.
- 12 0 Je n'ai pas perdu(e) mon intérêt pour les gens.  
 1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois.  
 2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens.  
 3 J'ai perdu tout mon intérêt pour les gens.
- 13 0 Je prends les décisions aussi facilement qu'avant.  
 1 Je remets les décisions beaucoup plus qu'auparavant.  
 2 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant.  
 3 Je ne peux plus prendre des décisions.
- 14 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit si pire qu'auparavant.  
 1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e).  
 2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e).  
 3 J'ai l'impression d'être laide.
- 15 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant.  
 1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose.  
 2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit.  
 3 Je ne peux faire aucun travail.
- 16 0 Je dors aussi bien que d'habitude.  
 1 Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.  
 2 Je me lève une à deux heures plutôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir.  
 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir.
- 17 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé.  
 1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant.  
 2 Je me fatigue pour un rien.  
 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 18 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude.  
 1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était.  
 2 Mon appétit a beaucoup diminué.  
 3 Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 19 0 Je n'ai pas perdu du poids dernièrement.  
 1 J'ai perdu plus de 5 livres.  
 2 J'ai perdu plus de 10 livres.  
 3 J'ai perdu plus de 15 livres.  
 Je suis présentement au régime : Oui \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

- 20 0 *Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude.*  
1 *Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme des douleurs, les maux d'estomac ou la constipation.*  
2 *Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose.*  
3 *Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose.*
- 21 0 *Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe.*  
1 *J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant.*  
2 *J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels.*  
3 *J'ai perdu tout désir sexuel.*

**Version Française tirée de**

*Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue Québécoise de Psychologie, 3(2), 13-23.*

## Annexe II

### Art-thérapie : Grille d'observation

Patient no \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Dessin numéro : \_\_\_\_\_

Cette grille s'inspire du : «*FORMAL ELEMENTS ART THERAPY SCALE* »<sup>1</sup>

Thème du dessin : \_\_\_\_\_

Durée d'exécution : \_\_\_\_\_

Médium utilisé : \_\_\_\_\_

Format choisi : \_\_\_\_\_

#### #1 Couleur

a) Couleur utilisée  
pour faire le contour uniquement

couleur utilisée pour remplir  
les espaces

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) Couleur unique (monochrome)

couleur multiples

	2	3	4	5
--	---	---	---	---

Couleurs : Nombre : \_\_\_\_\_

Encerclez

Gris Noir Brun Blanc Jaune Violet Rouge Bleu Vert Orange Rose

Autres \_\_\_\_\_

#### #2 Espace

a) moins de 25 % d'espace utilisé

100% de l'espace utilisé

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) Partie de la page utilisée

Gauche			Centre			Droit		
Haut	Milieu	Bas	Haut	Milieu	Bas	Haut	Milieu	Bas

#### #3 Réalisme

Non réaliste ne peut dire  
ce qui est dessiné

très réaliste

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

#### #4 Organisation spatiale

Aucune organisation

organisation  
adéquate

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

<sup>1</sup> Formal elements Art Therapy Scale (FEATS) Rating sheet. Linda Gantt, P. D., ATR. And Carmello Tabone, M.A., A. T. R. (1993).

**#5 Détails des objets et environnement**

*aucun détail et environnement*

*environnement complet et  
abondance de détails*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**#6 Qualité des lignes**

*a) lignes faibles*

*lignes fortes*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

*b) Lignes brisées*

*Lignes continues*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**#7 Persévération**

*sévère*

*aucune*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**#8 Niveau d'énergie lors de l'exécution**

*Aucune énergie*

*Énergie excessive*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Résultat :**

---

**Remarques générales :**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Signature de l'évaluateur :** \_\_\_\_\_ **date :** \_\_\_\_\_



## Annexe III

### Formulaire d'information et de consentement

Titre de l'étude :

#### **La pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées : Étude pilote de faisabilité**

Chercheur:

Francine Forget, bachelière en psychologie  
Étudiante à la maîtrise en art-thérapie  
Université Concordia, programme de thérapies par les arts

Superviseur:

Josée Leclerc, Ph. D., professeur  
Université Concordia

tél (514) 848-4790

---

#### 1. Nature et objectifs de l'étude

*Les personnes âgées qui résident à domicile présentent souvent des symptômes dépressifs. L'isolement, la solitude, l'apparition de problèmes de santé et les multiples deuils contribuent à accentuer des sentiments de tristesse et d'abandon des personnes âgées. La présente recherche vise à étudier la faisabilité de l'art-thérapie à domicile et ses effets sur les personnes âgées dans le traitement de la dépression. Il n'existe à ce jour aucune recherche sur l'intervention en art-thérapie à domicile. Votre participation pourrait permettre d'en comprendre les effets et d'évaluer l'efficacité ou non de ce type d'intervention. L'art-thérapie consiste à recevoir la visite de l'art-thérapeute à domicile une fois par semaine d'une durée de cinquante minutes. Lors de cette rencontre, vous êtes invité(e) à produire une image à partir de divers procédés*

*artistiques et de matériaux simples (dessin, peinture, collage, sculpture). L'image créée dans ce cadre thérapeutique favorise alors l'expression de vos émotions, de vos problèmes, de vos conflits ou de vos désirs, ou simplement l'évocation de bons ou de mauvais souvenirs. Il n'est pas nécessaire d'être un artiste pour en bénéficier mais de se prêter à l'exploration de vos sentiments par la fabrication d'une image.*

*Un nombre approximatif de douze personnes seront sollicitées pour participer à cette recherche. Pour toutes questions supplémentaires, vous pouvez communiquer avec Madame Josée Leclerc de l'université Concordia (514)848-4790 et/ou avec [REDACTED] de psychogériatrie au [REDACTED]*

## 2. Déroulement de l'étude

*La présente étude se déroulera spécifiquement du 19 février au 30 avril 2001 même si le chercheur a déjà débuté son stage depuis septembre 2000. Les références proviendront directement de l'équipe de la clinique de psychogériatrie. Un nombre d'environ douze visites à domicile d'une durée de cinquante minutes auront lieu au moins une fois par semaine.*

## 3. Risques, effets secondaires et désagrément

*Cette recherche ne comporte aucun risque. Dans le contexte du stage, une supervision est assurée par un psychiatre de la clinique de psychogériatrie de*

*[redacted] et par un professeur de l'Université Concordia du chercheur/stagiaire en art-thérapie.*

4. Bénéfices et avantages possibles

*La réception de façon régulière de rencontres individuelles d'art-thérapie à domicile est un bénéfice direct de cette recherche en plus de contribuer à l'avancement de la science, et ainsi servir à d'autres chercheurs. Lors de la fin de l'étude, des renseignements seront fournis par le chercheur sur les ressources de la communauté pouvant favoriser la poursuite de votre exploration artistique.*

5. Autres moyens diagnostiques ou thérapeutiques possibles

*Même si vous ne participez pas à la recherche, vous pourrez poursuivre vos rencontres individuelles en art-thérapie.*

6. Versement d'une indemnité

*Aucune indemnité n'est prévue pour participer à cette recherche.*

7. Confidentialité

*Tous les renseignements fournis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune*

*publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.*

*Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital.*

#### **8. Indemnisation en cas de préjudice**

*En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.*

#### **9. Participation volontaire et retrait de l'étude**

*Votre participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur.*

*Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur les services actuellement offerts par*



*Le chercheur peut aussi décider de votre retrait de l'étude sans votre consentement si le matériel produit est non approprié pour la présente étude. À cet effet, il vous informera de cette décision.*

#### 10. Personnes à contacter

*Si vous avez des questions au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez communiquer avec le chercheur Francine Forget [REDACTED].*

*Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le [REDACTED] ou avec Madame Josée Leclerc, superviseur de la recherche à l'Université Concordia au (514)848-4790.*

## **CONSENTEMENT**

Titre de l'étude

### **La pratique de l'art-thérapie à domicile auprès des personnes âgées : Étude pilote de faisabilité**

Chercheur:

Francine Forget, bachelière en psychologie  
Étudiante à la maîtrise en art-thérapie à l'Université  
Concordia au programme de thérapies par les arts

Josée Leclerc, Ph. D., professeur  
Université Concordia

tel (514) 848-4790

- 
- *La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.*
  - *Je donne la permission à Francine Forget d'utiliser le matériel d'art produit dans le contexte de nos rencontres en art-thérapie, y compris la permission de photographier les œuvres afin de les inclure dans son travail de recherche.*
  - *J'autorise également Francine Forget à consulter mon dossier médical pendant une période d'un an, jusqu'à la fin de son travail de recherche.*

- *J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.*
  
- *Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.*
  
- *J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise à mes relations avec mon médecin psychiatre et les autres intervenants de la clinique de psychogériatrie et sans préjudice d'aucune sorte.*

*Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.*

_____	_____	____/____/____
<i>Nom du sujet</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>
_____	_____	____/____/____
<i>Nom du chercheur</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>
_____	_____	____/____/____
<i>Nom du témoin</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>