

A.F.R.A.T.A.P.E.M

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET
THEATRE DANS UN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE, AUPRES DE
PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES.**

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

Présenté par Emeline Verdu

2016

Directrice de mémoire

Claire Giboureau, art-thérapeute certifiée
AFRATAPEM, titre art-thérapeute inscrit au
RNCP niveau II
Diplômée de la faculté de médecine de Tours

Lieu de stage

**Centre de Rééducation « Le Clos
Saint Victor »**
3 rue de Chantepie
37304 Joué Les Tours

Maitre de stage

Dominique Peu,
Cadre de santé

A.F.R.A.T.A.P.E.M

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET
THEATRE DANS UN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE, AUPRES DE
PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES.**

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

Présenté par Emeline Verdu

2016

Directrice de mémoire

Claire Giboureau, art-thérapeute certifiée
AFRATAPEM, titre art-thérapeute inscrit au
RNCP niveau II
Diplômée de la faculté de médecine de Tours

Lieu de stage

**Centre de Rééducation « Le Clos
Saint Victor »**
3 rue de Chantepie
37304 Joué Les Tours

Maitre de stage

Dominique Peu,
Cadre de santé

REMERCIEMENTS

Je remercie les six personnes que j'ai accompagnées en tant que patients pour leurs qualités humaines, leur accueil, leur engagement et leur gentillesse.

Merci aux personnes bénéficiaires de l'ADMR* que j'évoque dans ce mémoire, pour vos témoignages, pour votre sincérité et tous les moments enrichissants partagés.

Je remercie l'ensemble de l'équipe administrative, soignante et de rééducation du Clos St Victor, pour leur accueil et leur bienveillance, et Mme Catherine Rousseley, animatrice socioculturelle, pour son accueil lors de mon premier stage d'observation.

Tout particulièrement, un grand merci à Mme Dominique Peu, cadre de santé et référente de stage, pour m'avoir apporté les moyens de réaliser cette expérience, pour son ouverture d'esprit, sa bienveillance et son juste équilibre entre souplesse et encadrement.

Un grand merci également à Claire Giboureau, directrice de ce mémoire, pour m'avoir apporté le cadre et la rigueur dont j'avais besoin, ainsi que pour son grand engagement et sa générosité. « Quand on s'engage, on s'implique » disait-elle. Oui, et tout le monde ne le fait pas aussi bien. Elle a été mon guide et grâce à cela j'ai pu, je pense, faire un mémoire qui me ressemble.

Je remercie mes formatrices et formateurs de l'école de formation l'AFRATAPEM*, pour la richesse de ces rencontres et pour la pertinence de leurs enseignements.

Merci aux professionnels pour le partage de leur expérience et leur savoir faire: Corinne Delalande chef de service de l'ADMR* de Tours ; Claire le Hay, éducatrice spécialisée à l'équipe mobile de Bel Air de Tours; Martial Mainguy, chef de service du SAMSAH* APF* de Blois ; Jérôme Moulin, médecin traitant ; Anne-Claire Bethmont, art-thérapeute en formation ; Mathilde Nouveau, en charge du contrat local de santé du Pays de Loire Touraine par les ARS* et Bérénice de Foville pour la traduction en anglais du résumé.

Merci à mes ami(e)s pour leur soutien et relecture, à mes collègues de formation et particulièrement à Anne-Claire et Mary avec qui nous étions et restons toutes « dans le même bateau ».

Merci aux personnes qui ont partagé mon quotidien pendant cette période d'écriture : Thibault, Guillaume et Sylvain, des colocataires bienveillants et tous artistes à leur manière.

Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenue dans tout ce que j'ai pu entreprendre.

Enfin, merci à vous, lecteurs, qui portez attention à ce travail.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	8
PARTIE I : L'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET THEATRE PEUT CONTRIBUER A AMELIORER L'ELAN CORPOREL ET LA SAVEUR EXISTENTIELLE DE PERSONNES HOSPITALISEES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE SUITE A UNE LESION CEREBRALE.....	9
A. LES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES PEUVENT PERDRE LEUR SAVEUR EXISTENTIELLE ET L'ELAN CORPOREL.....	9
I. Un Etre Humain en bonne santé est en état de bien être physique, psychologique et social.....	9
1) L'Etre Humain aspire à répondre à ses besoins fondamentaux.	9
a. L'être humain est un être vivant cherchant à maintenir un état d'équilibre homéostatique	9
b. Différents modèles théoriques présentent les besoins fondamentaux de l'être humain.....	9
2) L'être humain tend à avoir une bonne saveur existentielle, à être indépendant et autonome	9
II. Une lésion cérébrale pénalise l'être humain par la perte soudaine de l'indépendance et de l'autonomie.....	10
1) Une lésion cérébrale est l'altération de neurones dans le cerveau.	10
a. L'être humain possède un Système Nerveux à l'origine des mécanismes de l'impression et de l'expression.....	10
b. Le cerveau se compose de deux hémisphères et de plusieurs aires dites « spécialisées ».	10
2) La lésion cérébrale cause un ou plusieurs déficits sensoriels, physiques et cognitifs	11
a. L'Accident Vasculaire Cérébral et d'autres causes de lésions cérébrales entraînent la mort de certains neurones dans le cerveau.	11
b. Les déficits s'observent au regard des troubles impactant les trois entités de l'être humain.	12
III.L'hospitalisation en Centre de Rééducation Fonctionnelle et de réadaptation* peut devenir une blessure de vie.	13
1) Les personnes victimes de lésions cérébrales sont dans une situation d'urgence de rééducation.....	13
a. La rééducation permet la récupération de facultés et capacités.	13
b. Dans ce contexte de rééducation, il est prématuré de parler de handicap.	13
2) Les personnes victimes de lésions cérébrales sont en situation de crise menaçant la qualité de vie	13
IV. Les personnes victimes de lésions cérébrales hospitalisées en Centre de Rééducation et de réadaptation souffrent d'une perte de l'élan corporel et de la saveur existentielle.	14
1) La perte des capacités peut entraîner une baisse importante de l'élan corporel et devenir une souffrance.....	14
a. La baisse de l'élan corporel peut s'expliquer par le manque de maîtrise du corps, de l'espace et du temps.....	14
b. La perte de l'élan corporel s'observe par la baisse de prise d'initiative et l'apragmatisme. ...	14
2) Les personnes victimes de lésions cérébrales peuvent souffrir d'une perte importante de la saveur existentielle.	15
a. L'incapacité peut être accentuée par les troubles de l'humeur.	15
b. L'apathie est le symptôme le plus fréquent lié à la perte de la saveur existentielle.	15
B. LES ARTS PLASTIQUES ET LE THEATRE ONT UN POTENTIEL QUI PEUT ENRICHIR LA SAVEUR EXISTENTIELLE ET FAVORISER L'ELAN CORPOREL.....	15
I. L'Art est une activité d'expression humaine volontaire orientée vers l'esthétique.	15
1) L'Art se définit par la pratique de l'art et l'idéal esthétique.....	15
a. L'art est une technique qui nécessite un savoir-faire.....	15
b. L'Art est la parfaite alliance entre le savoir faire et l'idéal esthétique.	16
2) L'Art a la vocation de rechercher l'esthétique que l'on soit artiste ou contemplateur.	16
a. L'esthétique est le fait de savoir ressentir la beauté.	16
b. L'Art est le fruit d'intentions esthétiques liées aux goûts, au style et à l'engagement de l'être humain.	16
3) L'Art a des pouvoirs qui impliquent le ressenti, la structure, l'élan corporel.	17

a. Les trois pouvoirs de l'Art sont l'entraînement, l'éducatif et le relationnel.....	17
b. La pratique artistique mobilise l'être humain dans ses ressentis, sa structure et son élan corporel.	17
II. La pratique des arts plastiques favorise la maîtrise du corps, mobilise les capacités intellectuelles et peut enrichir la saveur existentielle.....	18
1) Les arts plastiques tels que la peinture et le collage, favorisent l'engagement corporel et cognitif.	18
a. Le collage et la peinture sont des Arts visuels qui permettent la contemplation et l'affirmation des goûts.....	18
b. Le collage et la peinture sont des arts plastiques impliquant le fait d'agir sur la matière.....	18
2) Les arts plastiques favorisent les ressentis corporels enrichissant la saveur existentielle.....	18
a. Les arts plastiques sont des Arts diachroniques permettant de laisser une trace.....	18
b. L'utilisation des lignes, des formes et des couleurs facilite la prise de repères spatio-temporels.	19
III. La pratique du théâtre peut favoriser l'élan corporel, l'expression des ressentis et peut enrichir la saveur existentielle.	19
3) Le théâtre place l'individu en tant qu'acteur.	19
a. Il n'y a pas de théâtre sans acteur, ni sans histoire à raconter.....	19
b. Le théâtre implique l'interaction dans un cadre sécurisant.	19
4) Le théâtre mobilise directement le corps.	20
a. Le théâtre est un Art synchronique.....	20
b. Le théâtre favorise l'expression des ressentis et des émotions.	20
C. L'ART-THERAPIE PERMET D'EXPLOITER LE POTENTIEL ARTISTIQUE DANS LE BUT DE MOBILISER L'ELAN CORPOREL ET D'ENRICHIR LA SAVEUR EXISTENTIELLE DU PATIENT.....	21
I. L'art-thérapie moderne est l'exploitation du potentiel artistique dans un but thérapeutique et humanitaire.....	21
1) L'art-thérapie moderne s'adresse à un public en souffrance ayant des troubles de l'expression, de la communication et de la relation.	21
a. Le modèle utilisé est l'art-thérapie moderne.	21
b. L'art-thérapie s'adresse à un public en souffrance en exploitant les parties saines.	21
II. L'art-thérapie implique l'utilisation d'outils méthodologiques.	21
1) L'art-thérapie envisage la pratique artistique comme étant une interface permettant la compréhension des mécanismes humains.	21
a. L'art-thérapie exploite le phénomène artistique.....	21
b. L'art-thérapie exploite comme outil méthodologique l'Opération Artistique.	22
2) L'art-thérapie favorise l'auto-évaluation et la régulation via le cube harmonique.....	23
III. L'art-thérapeute s'adapte aux besoins des patients en appliquant un protocole de soins précis.....	23
1) L'art-thérapeute suit un protocole pour appréhender la situation globale du patient.....	23
2) L'art-thérapeute utilise des fiches d'ouverture et des fiches d'observation.	24
a. La fiche d'ouverture permet de dresser l'état de base.....	24
b. La fiche d'observation permet de tendre vers l'objectivité.	25
IV. L'art-thérapie peut jouer un rôle dans la démarche de soin du patient en visant à améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle.....	25
1) L'art-thérapie peut mobiliser l'élan corporel, en aidant le patient à faire confiance en ses capacités*.	25
2) L'art-thérapie peut susciter l'engagement dans un projet artistique en visant à améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle.....	25
D. L'HYPOTHESE EST: L'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET THEATRE PEUT PERMETTRE D'AMELIORER L'ELAN CORPOREL ET LA SAVEUR EXISTENTIELLE EN FAVORISANT L'EXPRESSION ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES ACCUEILLIES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DANS LEUR DEMARCHE DE SOINS.	25

I. D'autres recherches ont été effectuées sur l'intérêt de l'Art-thérapie auprès de personnes victimes de lésions cérébrales.	25
II. L'engagement artistique du patient dans le temps et dans l'espace est le résultat de boucles de renforcement au service d'une bonne saveur existentielle et de l'élan corporel.	26
1) L'art-thérapie à dominante arts plastiques favorisant la confiance en les capacités, peut améliorer l'élan corporel et l'engagement des personnes victimes de lésions cérébrales dans leur projet de soins.	26
2) L'art-thérapie à dominante théâtre, en favorisant l'expression des ressentis des personnes victimes de lésions cérébrales, peut réveiller une saveur existentielle favorisant leur engagement dans leur projet de soin.	26
PARTIE II : PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET THEATRE DANS L'OBJECTIF D'AMELIORER L'ELAN CORPOREL ET LA SAVEUR EXISTENTIELLE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE SUITE A UNE LESION CEREBRALE.....	27
A. L'EXPERIENCE S'EST DEROULEE AU « CLOS SAINT VICTOR », CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION.....	27
I. Le Centre de Rééducation Fonctionnelle est une institution chargée d'une mission sanitaire.	27
II. Le « Clos St Victor » s'organise autour des besoins du patient.	27
III. Le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.	27
B. L'INTEGRATION DE L'ART THERAPIE AU CLOS SAINT VICTOR A NECESSITE LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE SOINS.....	28
I. L'Art-thérapeute stagiaire a été intégrée à l'équipe pluridisciplinaire	28
II. Le protocole de soins a été mis en place.	28
C. L'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES OU THEATRE A ETE PROPOSEE A TROIS PATIENTS MONTRANT DES SIGNES DE PERTE D'ELAN ET DE SAVEUR EXISTENTIELLE.....	29
I. La présentation du suivi art-thérapeutique de Mme Annick montre que l'art-thérapie favorise l'engagement	29
1) L'état de base de Mme Annick révèle une situation d'incurie	29
2) La stratégie thérapeutique a comme objectif général l'amélioration de l'élan de Mme Annick .	31
3) Le déroulement des séances permet d'observer l'engagement de Mme Annick dans la prise en soins.....	32
4) Le bilan de la prise en soins met en évidence une évolution positive du comportement de Mme Annick.....	35
II. La présentation du suivi de M. Robert montre que l'art thérapie à dominante peinture peut lutter contre l'apathie et l'apragmatisme	35
1) L'état de base de M. Robert, victime d'un Accident Vasculaire Cérébral, révèle une situation d'apathie.....	35
2) L'objectif thérapeutique général fut orienté sur la restauration de l'élan vital.....	37
3) Le déroulement des séances permet d'observer que l'Art est source de motivation pour M. Robert.....	38
4) Le bilan de la prise en soins met en évidence les capacités de M. Robert à s'engager et à s'exprimer.....	40
III. La présentation du suivi de Mme Sylviane révèle l'intérêt de l'art-thérapie à dominantes théâtre pour améliorer la saveur existentielle et l'expression des ressentis.....	41
1) L'état de base de Mme Sylviane, hospitalisée au Centre de Rééducation depuis un et demi, révèle un état de dépression et d'isolement social	41
2) La stratégie thérapeutique a comme objectif l'amélioration de sa saveur existentielle.....	43
3) Le déroulement des séances permet d'observer comment la maîtrise de ses émotions a permis à Mme Sylviane d'affirmer ses intentions	43
4) Le bilan de la prise en soin a révélé l'importance du rôle de l'entourage de Mme Sylviane dans l'amélioration de sa saveur existentielle	45
D. DANS CE CONTEXTE, L'ART-THERAPIE SEMBLE POUVOIR CONTRIBUER A L'AMELIORATION DE L'ELAN CORPOREL ET DE LA SAVEUR EXISTENTIELLE DES	

PERSONNES HOSPITALISEES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE SUITE A UNE LESION CEREBRALE.....	46
I. Le protocole de soins en art-thérapie à été proposé à trois autres patients.....	46
II. Le bilan des six prises en charge en Art-thérapie est présenté et permet d'étayer l'hypothèse.....	49
PARTIE III : D'AUTRES PROJETS EN ART THERAPIE AUPRES DES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES PEUVENT ETRE ELABORES	50
A. LE PROTOCOLE DE SOINS EN ART-THERAPIE PROPOSE AU CLOS SAINT VICTOR A SES AVANTAGES ET SES LIMITES.	50
I. Le protocole de soins peut s'améliorer s'il est remis en question.	50
1) Le protocole proposait des séances en majorité individuelles dans les chambres des patients ...	50
2) Les stratégies art-thérapeutiques individuelles mises en place doivent faire l'objet d'une réflexion.	50
II. Des questionnements sur les dominantes artistiques utilisées sont présentés	51
1) Les atouts du théâtre n'ont pas été tous exploités	51
2) La musique aurait pu être exploitée pour favoriser l'élan et la saveur existentielle	51
III. Le protocole de soins mis en place a visé d'autres problématiques	52
1) L'art-thérapie à dominantes arts plastiques a pu être bénéfique pour lutter contre la perte de repères et de conscience de soi	52
2) Le protocole de soins proposé n'a pas répondu à la problématique de la sortie de l'établissement pour plusieurs raisons.	53
B. LA DIMENSION RELATIONNELLE EST CRUCIALE DANS LA PRISE EN SOINS EN ART-THERAPIE POUR LES PATIENTS VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES	53
I. La dimension relationnelle et familiale est déterminante dans la préservation de l'élan et de la saveur existentielle des patients cérébrolésés	53
II. L'Art-thérapeute est un professionnel de la relation qui doit adapter son savoir-être.....	54
III. L'Art-thérapie trouve sa place dans un travail de collaboration pluridisciplinaire	54
C. UNE DISCUSSION S'OUVRE A PROPOS DE LA SUITE DES SOINS EN ART-THERAPIE POUR LES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES RETOURNANT DANS LE MILIEU ORDINAIRE.....	55
I. Le soutien dans le projet de soins ne doit pas s'arrêter aux portes de l'institution	55
1) Le réseau d'aide à domicile permet de percevoir les besoins des personnes victimes de lésions cérébrales.....	55
2) La discussion ouverte permet de mettre en évidence les besoins	56
3) La prise en charge en art-thérapie peut intervenir à plusieurs étapes de vie des personnes après la lésion cérébrales	56
II. Le service à domicile ne signifie pas le repli vers l'intérieur mais veut favoriser l'ouverture sociale	57
1) L'art-thérapie à domicile doit se développer au sein d'un réseau de partenaires	57
2) L'art-thérapie à domicile se déroule dans l'environnement de la personne.....	58
III. Au regard des éléments mis en avant grâce à cette discussion, un projet de création d'association d'art-thérapie à domicile pourrait être envisagé.	58
1) Les avantages et les inconvénients de l'art-thérapie à domicile, comparés à ceux de l'institution, sont synthétisés dans un tableau.....	59
2) En conclusion, des éléments importants sont à considérer pour élaborer un projet d'association d'art-thérapie à domicile :	59
CONCLUSION	61
LISTE DES FIGURES.....	62
BIBLIOGRAPHIE	63
Annexe 1 : tableau opposant les intérêts des arts plastiques (peinture et collage) et ceux du théâtre au regard des mécanismes humains de l'artiste	65
Annexe 2 : fiche d'ouverture.....	66
Annexe 3 : fiche d'observation (recto et verso)	67
Annexe 4 : Tableau présentant des recherches effectuées sur l'art-thérapie moderne à dominantes arts plastiques ou théâtre auprès de personnes victimes de lésions cérébrales	69
Annexe 5 : schéma de l'intégration de l'Art-thérapeute Stagiaire dans l'équipe pluridisciplinaire.....	70
Annexes 6 : photos de l'expérience en art-thérapie au Clos St Victor	70

GLOSSAIRE

Sigles :

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AFRATAPEM : Association Française de Recherches & Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine
AIT : Accident Ischémique Transitoire
APF : Association des Paralysés de France
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent de Service Hospitalier
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVP : Accident de le Voie Publique
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail.
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle
DTS : Désorientation Temporo-Spatiale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GEM : Groupe d'Entre-Aide Mutuelle
HAS : Haute Autorité de Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.
GMP : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
MDS : Maison Départementale de la Solidarité
OA : Opération Artistique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PIII : Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SNC : Système Nerveux Central
SNP : Système Nerveux Périphérique
SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation
UGEAM : Union de Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie

Définitions usuelles et médicales:

AFFIRMATION DE SOI : Action de poser son jugement, s'exprimer et s'engager par rapport aux autres, donner son avis, manifester sa personnalité, affirmer son goût. BERNHARD, H. et MILLOT, C. *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi.* 2007.
AMOUR DE SOI : Se reconnaître une capacité* à être et éprouver du plaisir à être. BERNHARD, H. et MILLOT, C. *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi.* 2007.
ANOSOGNOSIE : Méconnaissance, par un malade ou un infirme, de son état, même grave, notamment dans le cas d'affections telles que la cécité ou l'hémiplégie.
AGNOSIE : Incapacité à identifier un objet offert à la perception sans déficit sensoriel, ni détérioration globale des fonctions supérieures, ni des troubles de l'attention ou de la conscience.
APATHIE : Indifférence affective se traduisant par un engourdissement physique et moral avec disparition de l'initiative et de l'activité.
APHASIE : Altération plus ou moins profonde de la fonction du langage, sans paralysie des organes de

l'articulation, chez un individu atteint de lésion des centres nerveux, et qui se manifeste par la perte plus ou moins totale de la compréhension et de l'usage des signes linguistiques, parlés ou écrits.

APRAGMATISME : Troubles de l'activité apprise se caractérisant par l'incapacité d'un individu de réaliser et d'enchaîner des actions courantes.

APRAXIE : Difficulté à effectuer des gestes appris et concrets suite à lésion cérébrale. La praxie correspond au savoir-faire, à l'adaptation des mouvements au but recherché.

AUTONOMIE : Faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement.

CAPACITE : Ce que l'on fait avec nos facultés pour s'adapter ou évoluer socialement.

CONFIANCE EN SOI : Se reconnaître une capacité à agir et à se projeter dans l'avenir, se fier à ses possibilités. BERNHARD, H. et MILLOT, C. *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi.* 2007.

COMETE : Association œuvrant pour l'insertion professionnelle de personnes en situation de handicap

CONTINENCE : Contrôle volontaire de l'émission d'urines ou de matières fécales.

CRANIOTOMIE : Acte de neurochirurgie consistant à sectionner un ou plusieurs os du crâne et de retirer ainsi une partie de la voûte crânienne, provoquant une déformation apparente et temporaire.

CURATIF : Qui a pour objet de guérir.

DEFICIENCE : « Perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ». MIAS, Lucie., *Modèle de Wood.* [En ligne]. Janvier 1995.

EMBOLIE : Obstruction brusque d'un vaisseau sanguin, généralement une artère, par un corps étranger, solide, liquide ou gazeux.

EMOTION : Réaction affective vive, accompagnée de manifestations neurovégétatives, déclenchées par une situation troublante, agréable ou désagréable. Les quatre émotions fondamentales sont la joie, la tristesse, la colère et la peur.

FACULTE : Aptitude naturelle à concevoir, à sentir, à accomplir ou à produire quelque chose.

FONCTIONS EXECUTIVES : Ensemble de capacités cognitives permettant de s'adapter à une situation nouvelle et d'exécuter une tâche. Ex : planification, anticipation, mémoire de travail.

INCURIE : Indifférence et manque total de soin.

HANDICAP : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou un trouble de santé invalidant ». *Loi du 11 février 2005 du Code la santé publique*

HEMIPLEGIE : Paralysie totale ou partielle de la moitié latérale du corps, généralement provoquée par une lésion de l'encéphale ou de la moelle épinière, et pouvant affecter le visage ou les membres supérieurs et/ou inférieurs.

HEMINEGLIGENCE : Incapacité de rendre compte, de « réagir à » et de s'orienter vers des stimulations significatives ou nouvelles présentées dans l'hémispace controlatéral à une lésion cérébrale.

HOMEOSTASIE : Processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur entre les limites des valeurs normales.

INDEPENDANCE : Fait de pouvoir agir seul pour satisfaire ses besoins.

ISCHEMIE : Diminution de l'apport du sang dans une partie du corps.

LABILITE EMOTIONNELLE : Instabilité de l'humeur.

METABOLISME : Ensemble des réactions chimiques liées à la digestion : destruction (catabolisme) ou construction (anabolisme) des nutriments.

MOTIVATION : Ensemble de facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement.

NURSING : Ensemble des soins infirmiers dispensés à un malade : soins d'hygiène, aide à la toilette, préparation des médicaments, etc.

PALLIATIF : Qui atténue ou supprime les symptômes d'une maladie sans la guérir.

PAUCI-RELATIONNEL : Etat de veille minimal. Le patient peut percevoir des stimuli extérieurs mais ne peut pas interagir, ou uniquement avec le regard.

PIII : Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé, a été mis au point par le professeur Yves Boulanger et l'équipe de l'Institut de Réadaptation de Montréal. Il est « un outil de synthèse qui réunit les observations de l'équipe multidisciplinaire, les attentes du patient, les objectifs spécifiques, les actions à mener ». Il place le patient et sa famille au centre du dispositif et se traduit par des réunions se produisant aussi souvent que nécessaire. JAMET, C ; HERINIOTTE, C. *Le PIII, au service de la résilience*. In Recherches Infirmiers. *La résilience*. Ed : Arsi, Septembre 2005, n°85.

PHRENOLOGIE : Théorie du XIXème siècle qui relie chaque fonction vitale à une zone du cerveau et soutient que la forme même du crâne indique l'état des différentes facultés.

PROPRIOCEPTION : Aussi nommée sensibilité profonde, désigne la perception de la position des différentes parties de son corps.

REINSERTION : Insérer de nouveau quelqu'un dans la société.

SYNDROME DE GLISSEMENT : Modification de comportement de certaines personnes très âgées, se caractérisant par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter.

TETRAPARESIE : Paralysie légère consistant en une diminution de contraction des muscles des quatre membres.

TETRAPLEGIE : Paralysie profonde des quatre membres.

THROMBOSE : Formation d'un caillot sanguin dans une artère ou veine.

TRAUMATISME : Réaction à un événement tellement fort émotionnellement que notre psychisme ne peut le digérer au moment où nous le vivons. MARAQUIN C. *Handicap : les pratiques professionnelles au domicile*. Ed. Dunod, 2015, p15

QUALITE DE VIE : Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant la santé psychique de la personne, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec spécificités de son environnement. *Organisation Mondiale de la Santé, 1993.*

Définitions en art-thérapie :

ART-THERAPIE : Exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire

ART I : Expression globale basée sur des sensations archaïques et guidée par la saveur.

ART II : Activité d'expression humaine qui passe d'un mode archaïque vers une expression volontaire orientée vers l'esthétique, avec une intention et une élaboration.

CIBLE THERAPEUTIQUE : Partie saine du patient sur laquelle on peut s'appuyer pour mettre en place une stratégie de soins.

DESSIN CENTRE : Dessin à mettre en couleur, doté d'une structure préétablie basée sur un centre et une périphérie, inspiré du mandala, support de méditation dans la tradition bouddhiste.

DIDACTIQUE : Relatif à l'enseignement et à l'apprentissage.

ESTHETIQUE : Capacité d'un individu à capter par les sens son environnement (naturel ou artistique), à ressentir une gratification sensorielle (positive ou négative) lié à l'Art (production ou contemplation) et donc à entraîner son corps dans un autre rapport au monde. *Selon Marine Buffard-Morel, art-thérapeute*

FACULTE CRITIQUE : Capacité à s'interroger avec exigence et rationalité sur la réalité.

INTENTION SANITAIRE : Etre tendu vers le but de se soigner.

ITEM : Plus petite unité observable. Plusieurs items peuvent être regroupés en Faisceaux d'Items (ex : l'attention regroupe les items : posture et regard).

OPERATION ARTISTIQUE : Outil méthodologique organisant les mécanismes humains au regard de l'activité artistique.

PENALITES : Obstacles potentiels à l'épanouissement d'une personne. Elles se distinguent de quatre manières : la maladie, le handicap, la blessure de vie, le choix de vie. Il est possible de vivre une cascade de pénalités.

SITE D'ACTION : Mécanisme défaillant.

Dictionnaires :

- CNRTL* : <http://www.cnrtl.fr>
- Vulgaris Médical : www.vulgaris-medical.com
- Larousse : <http://www.larousse.fr>
- MANUILA. *Dictionnaire médical*. Paris : Ed. Masson, 1999.
- FORESTIER Richard, *petit dictionnaire raisonné de l'art en médecine*

INTRODUCTION

Ce mémoire est représentatif de mon engagement pour la pratique professionnelle de l'art-thérapie, c'est-à-dire pour l'« exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire »¹. Il s'appuie sur une expérience vécue au Centre de Rééducation Fonctionnelle et de réadaptation* : le « Clos Saint Victor » près de Tours, auprès de personnes victimes de lésions cérébrales. Ma volonté d'effectuer ce stage à cet endroit est le fruit d'une démarche cohérente, qui s'est construite pas à pas. Après de multiples expériences professionnelles en animation, essentiellement dans le milieu du handicap, j'ai entrepris une licence en psychologie, puis passé un diplôme d'état d'éducatrice spécialisée. Ces six premières années d'études m'ont apporté expériences et connaissances, et m'ont surtout permis de prendre conscience de tout ce que je ne savais pas. A la manière de Socrate, j'ai souvent questionné, innocemment, curieuse de savoir ce qui est essentiel pour l'être humain. Est-ce le confort ? Est-ce la responsabilité ? Est-ce l'uniformité et l'absence de conflit ? Ma dernière expérience professionnelle d'auxiliaire de vie à domicile a pu m'aider à y réfléchir. C'est sur ce terrain, grâce à l'authenticité du quotidien, que j'ai pu constater que l'Humain tient debout coûte que coûte, même s'il se déplace sur des roulettes. Comme des leçons de vie, j'ai pu observer la lutte d'un homme de 60 ans contre la maladie de Parkinson et la précarité, l'isolement d'un couple de retraités, se repliant sur lui-même suite à l'AVC* du mari, ou le combat d'un trentenaire traumatisé crânien voyant alors se pointer à l'horizon un avenir complètement différent de celui qu'il avait imaginé. C'est en rencontrant ces personnes que j'ai voulu comprendre un peu mieux par quelles étapes elles ont du passer. Ce sont elles les premières qui m'ont parlé des centres de rééducation. A ce stade de l'hospitalisation en CRF*, le traumatisme est récent et tout est soudainement différent : leurs conditions physiques, psychiques, leurs rôles sociaux, leurs repères, les regards posés sur eux, ainsi que la saveur de leur quotidien. Dans ce contexte de soins transitoires, les personnes accueillies ont des difficultés à se remettre de la violence du choc. Lors de la première réunion de synthèse à laquelle j'ai assisté, j'entendais les termes « apathique* », « ne s'exprime plus », « plus d'initiative ». Ils ont pourtant tout à reconstruire. Ils ne peuvent le faire sans la solidarité humaine et le soin. Ce soin peut se décliner de plusieurs manières différentes.

L'Art, que nous définirons comme « une activité d'expression humaine volontaire orientée vers l'esthétique* »², a toujours été là. Cette forme d'expression correspond certainement à ce besoin humain de se sentir exister. Ce sentiment propre à chacun et en même temps universel, lie les individus entre eux. En intervenant à domicile, j'ai d'ailleurs rencontré beaucoup de personnes qui peignaient chez eux, d'autres qui regrettaient de ne plus pouvoir le faire, ou tout simplement des personnes comme la dynamique Virginie, tétraplégique* suite à un accident de la route et qui se trouve toujours à l'affût du moindre rayon de soleil. J'ai constaté alors que la recherche de l'esthétique* prenait une place importante dans leur vie et un rôle dans la saveur de leur existence. L'objet de mon mémoire consistera donc, dans un premier temps, à définir les fondements humanistes, esthétiques et méthodologiques de l'art-thérapie moderne, ces mêmes fondements qui ont guidé ma démarche clinique exposée dans une seconde partie. Ainsi, je présenterai en quoi cette démarche thérapeutique, ici à dominante arts plastiques et théâtre, peut contribuer à améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle des personnes hospitalisées en centre de rééducation fonctionnelle. Enfin, je présenterai les réflexions qui en ont émergé, j'approfondirai, et ouvrirai une discussion faisant le lien avec mon point de départ, l'intervention à domicile, là où j'ai perçu en premier les besoins de ces personnes. Ainsi, je pourrai partager mes valeurs, aspirations et projets professionnels.

¹ FORESTIER Richard, *petit dictionnaire raisonné de l'art en médecine* [Format PDF] Disponible sur le World Wide Web : <http://art-therapie-tours.net/dictionnaire-de-lart-therapie/>

² Ibidem

PARTIE I : L'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET THEATRE PEUT CONTRIBUER A AMELIORER L'ELAN CORPOREL ET LA SAVEUR EXISTENTIELLE DE PERSONNES HOSPITALISEES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE SUITE A UNE LESION CEREBRALE.

A. LES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES PEUVENT PERDRE LEUR SAVEUR EXISTENTIELLE ET L'ELAN CORPOREL.

I. Un Etre Humain en bonne santé est en état de bien être physique, psychologique et social.

1) L'Etre Humain aspire à répondre à ses besoins fondamentaux.

a. L'être humain est un être vivant cherchant à maintenir un état d'équilibre homéostatique

L'Humain est un être vivant. Il naît, croît, se reproduit puis meurt. Il possède six fonctions vitales : le métabolisme*, le mouvement, la croissance, la différenciation, la reproduction et l'adaptation. Démarrant à l'intérieur de la cellule, la vie se fonde sur le mouvement et la recherche de l'équilibre. Le corps humain possède un savoir corporel qui régit un fonctionnement tendu vers la vie et son développement. L'état d'homéostasie* est lié aux échanges se produisant entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Celui-ci a la capacité* de s'autoréguler face aux déséquilibres ressentis, comme par exemple la modification de température. L'être humain adopte des comportements adaptés à son environnement et interagit avec lui pour répondre à ses besoins fondamentaux.

b. Différents modèles théoriques présentent les besoins fondamentaux de l'être humain.

Pour maintenir l'état d'équilibre, l'être vivant est en constante recherche de satisfaction des besoins. Pour cela, le corps possède des facultés* spécifiques, telles que respirer, se mouvoir, s'alimenter. Un besoin est l'exigence d'une chose nécessaire. Il correspond à un manque pour atteindre l'état de bien-être et de bonne santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*), la bonne santé se définit comme «un état de complet bien être physique, psychologique et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³. Elle est donc déterminée par le bon fonctionnement des mécanismes humains pouvant se distinguer en trois entités : physique, psychologique et sociale.

Le psychologue Abraham Maslow, ayant étudié la motivation* humaine, a hiérarchisé sous une forme pyramidale cinq besoins à satisfaire pour atteindre l'épanouissement personnel. Il évoque en priorité les **besoins physiologiques**, en deuxième le **besoin de sécurité**, puis **d'appartenance sociale**, **d'estime de soi** et enfin l'objectif de **réalisation de soi**⁴. Selon l'auteur, si le premier n'est pas satisfait, les suivants ne le seront pas non plus. Les besoins sont par ailleurs détaillés autrement dans les travaux de Virginia Henderson, infirmière américaine, ayant élaboré une grille précise destinée à guider les soignants. Elle distingue quatorze nécessités : Respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne position, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps dans les limites de la normale, être propre et protéger ses téguments, éviter les dangers, le besoin de communiquer, de pratiquer une religion et d'agir selon ses croyances, de s'occuper et de se réaliser, de se recréer et d'apprendre.⁵ Ces modèles théoriques montrent la nécessité de pouvoir répondre à ces besoins pour ne pas bloquer le processus de vie et de développement, et jouent un rôle

³Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web : <http://www.who.int/about/fr/> [consulté le 17 septembre 2016]

⁴MASLOW, A. H. A *Théory oh Human Motivation*, 1943

⁵HENDERSON, Virginia. *La nature des soins infirmiers*. InterEditions, Paris, 1994.

prédominant dans la motivation* humaine. Ils sont une base pour comprendre que la quête de l'être humain n'est pas uniquement de vivre, mais aussi d'exister.

2) L'être humain tend à avoir une bonne saveur existentielle, à être indépendant* et autonome*

L'être vivant existe, il occupe une place dans l'espace et dans le temps. L'existence a pour chacun une certaine saveur et une certaine qualité. L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la qualité de vie* comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence (...) en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » Elle englobe « la santé psychique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». Cette définition nous permet de mettre l'accent sur l'importance du niveau d'indépendance et d'autonomie. L'indépendance correspond au fait de pouvoir agir et répondre à ses besoins fondamentaux sans être tributaire d'un Autre. La perte de l'indépendance bloque l'être humain dans ses actes les plus fondamentaux. L'autonomie, elle, se rapporte au fait de faire des choix. Elle est la capacité* d'une personne à « choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir pour les assumer »⁶. L'autonomie* et l'indépendance* sont vecteurs d'une bonne qualité de vie*, elles jouent un rôle dans la saveur de l'existence, ou autrement dit, « le goût de vivre ». Cette saveur peut contribuer à nourrir l'élan vital, qui correspond à une dynamique de vie, une énergie se traduisant par le mouvement corporel et l'envie de faire des projets.

II. Une lésion cérébrale pénalise l'être humain par la perte soudaine de l'indépendance* et de l'autonomie*.

1) Une lésion cérébrale est l'altération de neurones dans le cerveau.

a. L'être humain possède un Système Nerveux à l'origine des mécanismes de l'impression et de l'expression.

Les mécanismes de l'impression et de l'expression correspondent à des facultés* du corps humain, à la fois archaïques et sophistiquées, à ressentir les stimuli extérieurs, à réagir à son environnement et à mettre son corps en mouvement. L'être humain interagit avec l'environnement grâce à ses sens et ses muscles. Les systèmes sensoriels et musculaires sont sous tendus par le Système Nerveux Central (SNC) et Périphérique (SNP) de l'être humain. Composé du cerveau et de la moelle épinière, le Système Nerveux Central interagit avec les nerfs (ensemble de neurones) constituant le Système Nerveux Périphérique pour faire cheminer les informations captées soit de l'extérieur et allant vers l'intérieur (voie afférente), soit de l'intérieur à l'extérieur (voie efférente). Cette base physiologique est à l'origine de l'interaction de l'être humain avec son environnement.

b. Le cerveau se compose de deux hémisphères et de plusieurs aires dites « spécialisées ».

Le cerveau fait partie du Système Nerveux Central. Il est un organe complexe organisé en plusieurs « aires ». Laurent Cohen, professeur en neurologie à l'hôpital Pitié Salpêtrière, spécialiste du langage, parle de « mosaïque du cerveau »⁷. Comme il est illustré sur le schéma ci-contre, chaque région abrite le siège d'une spécificité telles que le traitement des informations sensorielles, le langage, la mémoire, le raisonnement ou encore les émotions*. Mais si chaque région joue un rôle différent, tout fonctionne en réseau à la manière d'un puzzle dynamique.

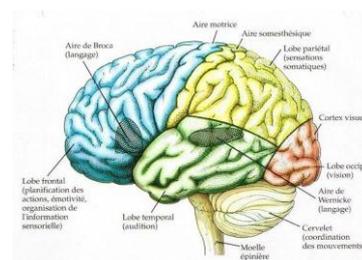


Figure 1 : Schéma des aires fonctionnelles du cerveau

⁶ MIAS, Lucien, *Modèle de Wood*. [En ligne]. Janvier 1995. Disponible sur World Wild Web : <http://papidoc.chic-cm.fr/562incapahandicap.html> [consulté le 17/11/2016]

⁷COHEN, Laurent. *Le cerveau en pièces détachées*. [Conférence en ligne] Disponible sur le World Wild Web : <https://www.youtube.com/watch?v=o4pyvoSvrDg> [consultée le 17/11/2016]

Particulièrement, le cerveau est composé de deux hémisphères cérébraux. Chaque hémisphère reçoit des informations sensorielles et commande les réponses motrices de la moitié opposée du corps. En 1861, le médecin français Paul Broca fut le premier à mettre en évidence que chaque hémisphère gère des fonctionnalités différentes⁸. La partie gauche est davantage vouée à la réflexion analytique et au langage, la droite s'intéresse à la globalité et développe la créativité. Les deux parties se compensent entre elles. Revenir aux bases physiologiques nous rappelle que le corps et l'esprit forment un tout et que chaque partie est reliée. « Que ce soit les perceptions, les émotions*, les actions ou les pensées, tous ces comportements sont le résultat in fine de la structure et du fonctionnement du cerveau »⁹. Une lésion cérébrale, altération pathologique d'une région du cerveau, peut alors provoquer des déficits différents en fonction de sa localité.

2) La lésion cérébrale cause un ou plusieurs déficits sensoriels, physiques et cognitifs

- a. L'Accident Vasculaire Cérébral et d'autres causes de lésions cérébrales entraînent la mort de certains neurones dans le cerveau.

Le neurone est la base du système sensoriel, moteur et cognitif de l'être humain. Pour fonctionner, le cerveau a besoin d'apport en oxygène. Lorsque l'apport en oxygène ne se réalise pas, certains neurones peuvent mourir. C'est ce qui constitue la lésion cérébrale. Elle peut être innée (ex : suite à une maladie génétique) ou acquise. Elle survient dans plusieurs cas différents. Ces causes sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC*)	Ils se définissent comme « l'installation soudaine de troubles neurologiques focaux ». Ils sont la deuxième cause de mortalité en France ¹⁰ et sont la cause fréquente de lésions cérébrales acquises dites « non évolutives » ¹¹ par opposition aux démences. Ces accidents surviennent soit par obstruction (ischémie*, embolie*, thrombose*), constituant un Accident Ischémique Transitoire (AIT*), soit par hémorragie* d'une artère, telle que l'artère Sylvienne ou la carotide, deux artères importantes pour irriguer certains « territoires » du cerveau en sang et donc lui fournir l'apport en oxygène.
Les traumatismes crâniens	Surviennent suite à un accident de la vie quotidienne, un accident de la voie publique (AVP*) ou encore une agression. Ils provoquent des contusions minimales ou sévères, associées le plus souvent à un hématome sous-dural responsable de la majorité des séquelles et des cas de décès ¹² . On parle de « handicap* invisible » quand la personne garde des symptômes qui ne sont pas évidents à détecter, même pour un neurologue.
Les tumeurs cérébrales	Elles constituent des « grosseurs morbides » bénignes ou malignes dans le cerveau, pouvant essentiellement être dangereuses en fonction de leur nature (gliomes, méningiomes, métastases) et de leur siège.
Les démences	Elles peuvent être définies comme des maladies incurables qui se révèlent par une dégradation progressive des capacités* mnésiques et d'autres fonctions cognitives et plus précisément les maladies neuro-dégénératives telles que la sclérose en plaque, la maladie de Parkinson, la maladie de Charcot ou encore le Syndrome de Guillain Baré, ou encore celles qui ne sont pas « étiquetées » pour lesquelles il est donc difficile de poser un diagnostic.

Figure 2: Tableau des causes de lésions cérébrales

⁸ SACKS Olivier. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Ed du Seuil, Essais, France, 1988. Page 17

⁹ MORANGE-MAJOUX, F. *Psycho-physiologie, manuels visuels de licence*. Paris : Ed. Dunod, 2011. Page 14.

¹⁰ INSERM. AVC- Accident Vasculaire Cérébral. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web :

<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral> [Consulté le 10/12/2016]

¹¹ COMETE*. Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. *Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive*. [En format PDF] HAS, janvier 2016.

¹² MASSOL J, DRUOT J. *IFSI Etudiants, NEUROLOGIE*. . Pays-Bas : Ed. Lamarre, 2008, page 93.

- b. Les déficits s’observent au regard des troubles impactant les trois entités de l’être humain.

Nous avons vu qu’il n’y a pas de comportement sans origine. Quand les facultés* laissent place à des déficits, comme des pièces qui manquent¹³, des troubles et séquelles peuvent alors s’observer aux niveaux physique, psychique et social nuisant à l’indépendance* et à l’autonomie*. Ci-dessous, un tableau présente une liste des conséquences possibles.

PHYSIQUES	Sensorielles	Perceptions : trouble des sens extérocepteurs (<i>vue, odorat, ouïe, goût</i>) Agnosie* sensibilité superficielle (<i>toucher, douleur</i>) et profonde (<i>proprioception*</i>) Douleurs neurologiques (nerveuses)
	Motrices	Troubles de la motricité (<i>tétraplégie, tétraparésie, hémiplégi*</i>) Troubles du tonus musculaire (<i>spasticité hypertonique ou hypotonique, dextérité, mouvements anormaux</i>) Troubles de la coordination et de l’ équilibre : ataxie, dysmétrie Troubles de la déglutition (<i>la texture des aliments et des liquides peut être modifiée pour éviter les fausses routes alimentaires</i>)
PSYCHIQUES	Cognitives	Troubles de l’ état de veille (<i>état végétatif chronique, pauci-relationnel*, fatigabilité, lenteur idéatoire</i>) Trouble de l’ attention (<i>héminegligence*, concentration, baisse de l’initiative et de la motivation*</i>) Troubles du raisonnement (<i>logique, autocritique, persévération, élaboration de stratégies, troubles des fonctions exécutives*, symbolisation*, maintien de l’abstraction, de la représentation, de l’imagination</i>)
SOCIALES		Troubles de la mémoire (<i>l’être humain a différents types de mémoire et différentes stratégies de mémorisation. Ex : mémoire procédurale, émotionnelle, épisodique</i>) Troubles de l’ apprentissage Troubles d’exécution des mouvements volontaires (<i>apraxie*, apragmatisme*</i>) Désorientation spatio-temporelle (DTS*), confusion Troubles de la communication (<i>troubles de la parole, compréhension, aphasie*</i>)
	Comportementales	Troubles de l’humeur (<i>inhibition ou désinhibition, hyperactivité, dépression, labilité émotionnelle*, anxiété, irritabilité, pensée inhabituelle, apathie*</i>) Modification des modalités relationnelles (<i>hostilité, agressivité, méfiance envers autrui, repli sur soi</i>) Troubles de la conscience (<i>difficulté à prendre conscience de ses troubles et de la réalité, anosognosie*</i>) Modification de la créativité Changement de traits de personnalité Troubles du sommeil , de l’ alimentation , de la sexualité .

Figure 3 : Tableau regroupant les séquelles possibles suite à une lésion cérébrale¹⁴

Il est fréquemment observé qu’une lésion cérébrale survenue du côté droit du cerveau puisse causer une hémiplégi* gauche et des troubles sensoriels et cognitifs tels que des troubles de la mémoire, du raisonnement et de l’attention. Il n’est pas rare également de constater des troubles du langage et une hémiplégi* droite lorsqu’une personne est victime d’une lésion cérébrale située dans l’hémisphère gauche. Il est aussi possible de constater des troubles du comportement tels que de la désinhibition ou au contraire un repli sur soi, une baisse de l’expression des ressentis ou une labilité émotionnelle*. Les troubles du comportement peuvent avoir des causes diverses et ne résultent pas toujours directement de la lésion cérébrale. Ainsi, le vécu et la personnalité de l’individu sont des facteurs importants à prendre en compte pour l’accompagner au mieux dans sa démarche de soins.

¹³ CNRTL. *Etymologie de Déficit* [en ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 22 septembre 2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/deficits>

¹⁴ Sources : DE MORAND, Anne. *Pratique de la rééducation neurologique*. Lieu ? : Ed Elsevier, 2014, page 4-12 / PLAISANT C. *L’évaluation en art-thérapie, confrontée à celles des autres paramédicaux dans un service de médecine physique et de réadaptation* auprès de personnes traumatisées crâniennes graves*. In FORESTIER Richard. *L’évaluation en art-thérapie, pratiques internationales* : Ed Elsevier, Paris, 2007, pages 43-44.

III. L'hospitalisation en Centre de Rééducation Fonctionnelle et de réadaptation* peut devenir une blessure de vie.

1) Les personnes victimes de lésions cérébrales sont dans une situation d'urgence de rééducation.

a. La rééducation permet la récupération de facultés* et capacités*.

Les travaux du neurologue Antonio Damasio mettent en évidence le concept de plasticité cérébrale permettant la récupération de fonctions physiques et cognitives, essentiellement grâce à l'expérience. Le fait d'agir et d'interagir avec l'environnement favorise la création de nouvelles cartes neuronales¹⁵, favorisant ainsi la récupération cérébrale. La répétition peut, par exemple être efficace¹⁶. De même, de nombreux neurologues mettent l'accent sur l'intérêt des neurones miroirs dans le cerveau, qui présentent une activité aussi bien lorsque l'individu exécute une action, que lorsqu'il observe l'action d'un autre individu ou quand il l'imagine. Ces neurones peuvent contribuer à l'acquisition de nouveaux apprentissages¹⁷. La rééducation, encadrée par les professionnels, a donc pour objectif de récupérer et d'améliorer les facultés* altérées, qu'elles soient sensorielles, motrices et/ou cognitives. Pour éviter la perte des capacités*, le processus de récupération, notamment en orthophonie, en kinésithérapie et en ergothérapie, est très efficace les six premiers mois puis se trouve ralenti.

b. Dans ce contexte de rééducation, il est prématuré de parler de handicap*.

Les déficiences* présentées par les personnes victimes de lésions cérébrales ne sont pas nécessairement définitives. Les facultés* altérées peuvent potentiellement être récupérées ou le processus peut être ralenti pour les démences. Les personnes victimes de lésions cérébrales sont dans une situation de transition où l'état de maladie* ou de handicap* n'est pas figé. Le niveau de dépendance à leur admission est différent de celui évalué trois mois après. L'incapacité comme le handicap* sont des notions qui se définissent en fonction d'une activité donnée. Elles représentent un désavantage, une possible « restriction de participation à la vie en société subie »¹⁸. Or, en centre de rééducation fonctionnelle, le patient se trouve hors de son environnement habituel, isolé de son lieu de vie et de ses activités usuelles. Le patient peut retourner chez lui certains week-ends et mesure alors la différence de ses possibilités, puis revient dans un contexte d'hospitalisation neutre et médicalisé. Il peut alors manifester des changements de comportements teintés autant de peur que d'espoir. Le risque de handicap* est présent, cependant son ampleur est difficile à réaliser à ce moment précis du soin. L'état de dépendance est une réalité mais celui de handicap* n'est alors pas déterminé ici.

2) Les personnes victimes de lésions cérébrales sont en situation de crise menaçant la qualité de vie*

La crise suggère un changement, un état de déséquilibre brusque et d'incertitude avant tout et ceci pendant une période limitée. Cette notion de crise se justifie par un premier paradoxe. En effet, les personnes victimes de lésions cérébrales sont face à la nécessité d'être acteur de leur rééducation. Cependant, l'état de perte actuel des facultés*, soudain et subit, pénalise la personne et la menace d'un changement de vie considérable. Cet événement survenant dans son parcours de vie vient la frapper comme un accident traumatique. Dans le langage commun, sont alors évoqués les termes de « sidération », de « choc ». Le traumatisme* implique une impossibilité de réagir, une immobilité. Le processus de deuil¹⁹ peut être également à l'œuvre, où les phases de colères, de déni, de dépression, de négociation, ou d'acceptation traversent la personne et influencent son tonus, son humeur et sa disponibilité. Or, le contexte de rééducation est évolutif.

¹⁵ DAMASIO, Antonio. L'autre moi-même, les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Paris : Ed. Odile Jacob, 2012.

¹⁶ DE MORAND, Anne. *Pratique de la rééducation neurologique*. Paris: Ed Elsevier, 2014, page 4-12

¹⁷ RIZZOLATI Giacomo. Neurones miroirs. *Revue Science de la conscience* n°29, p 23-24.

¹⁸ LEGIFRANCE. *Loi du 11 février 2005 du Code la santé publique*. [En ligne]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.legifrance.gouv.fr/> [consulté le 23/11/2016]

¹⁹ Cours IFSI – Travail de deuil. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-ifsu-le-travail-de-deuil.html>. [Consulté le 1/12/2016]

La mobilisation motrice et attentionnelle est alors nécessaire et engage la personne victime de lésions cérébrales dans une participation active les mois suivants son accident. Le patient doit s'engager dans sa rééducation pour éviter que l'événement traumatique puisse entraîner l'impossibilité durable d'exister dans les mêmes conditions qu'auparavant. Ce fait peut constituer en soi une *blessure de vie*. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de vie en commençant par « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence ». La personne risque pourtant de ne pas retrouver les éléments qui font que pour elle la vie a un sens et de ne plus pouvoir agir en fonction des valeurs qui l'animent.

IV. Les personnes victimes de lésions cérébrales hospitalisées en Centre de Rééducation et de réadaptation* souffrent d'une perte de l'élan corporel et de la saveur existentielle.

1) La perte des capacités* peut entraîner une baisse importante de l'élan corporel et devenir une souffrance

- a. La baisse de l'élan corporel peut s'expliquer par le manque de maîtrise du corps, de l'espace et du temps.

L'élan et la poussée corporelle correspondent à une impulsion. Ce n'est pas automatique comme un réflexe, mais cela peut échapper à une partie du contrôle de l'individu. L'élan correspond à un premier pas vers l'action, à une énergie corporelle observable et exprimée spontanément. Or, la personne qui devient paralysée et en situation de dépendance partielle ou totale ne maîtrise plus son corps de la même façon. L'écrivain Bertrand Baisse Saige, victime d'un accident de la route en témoigne: « Je ne pouvais savoir si j'étais bien lavé et si l'on n'avait pas laissé sur ma peau autant de crasse que de savon. Mes cheveux étaient sales et mon crâne me démangeait. Bref, mon corps ne m'appartenait plus ». ²⁰ Nous comprenons que l'impossibilité d'agir par soi-même pour répondre à ses besoins fondamentaux peut provoquer un sentiment de manque de maîtrise de son corps. La personne a besoin d'une prise en charge médicale complète, de soins de nursing* comme l'aide à la toilette, de l'assistance pour s'alimenter (la texture et la saveur des aliments peuvent être modifiées), du soutien à la continence*, pour ses déplacements et transferts du lit au fauteuil. De plus, les troubles cognitifs, comme l'apraxie* ou la désorientation spatio-temporelle, sont également des sources de perte de repères, compliquant chaque geste volontaire. L'appréhension de l'environnement et la maîtrise du corps sont modifiés, altérant ainsi les mécanismes d'impression et d'expression. Il peut être observé alors une grande difficulté à entreprendre tout mouvement et une réduction considérable de l'élan corporel.

- b. La perte de l'élan corporel s'observe par la baisse de prise d'initiative et l'apragmatisme*.

La prise d'initiative, se définissant comme « l'action de celui qui, le premier, propose, entreprend et réalise quelque chose de lui-même »²¹ implique de développer une intention puis une action, avec une motivation* précise, sans sollicitation extérieure. Cependant, les déficits moteurs et cognitifs tels qu'ils sont, associés à la situation de déséquilibre vécue, imposent un contexte défavorable aux initiatives individuelles. Ils peuvent entraîner un état de passivité avec un élan corporel diminué, observé par les soignants en rééducation ou dans les actes de la vie quotidienne. Le mouvement et le savoir faire n'est plus une évidence. De même, l'apragmatisme*, constituant un trouble de l'activité, complique l'enchaînement d'actions dans la réalisation d'une tâche de la vie quotidienne telle que se brosser les dents, s'habiller. Chaque étape doit alors être guidée ou impulsée par une personne extérieure.

²⁰ BESSE SAIGE, Bertrand. *Le guerrier immobile ou la métamorphose de l'homme blessé*. Toulouse : Ed. Erès., 2014, page 41.

²¹ CNRTL*. *Définition d'Initiative*. [En ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 22 septembre 2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/definition/initiative>.

2) Les personnes victimes de lésions cérébrales peuvent souffrir d'une perte importante de la saveur existentielle.

- a. L'incapacité peut être accentuée par les troubles de l'humeur.

Le déficit neurologique en soi peut provoquer des incapacités s'observant par une modification de l'élan. Cependant la blessure de vie qu'il inflige engendre des souffrances empreignant l'humeur des patients. Chaque cas étant différent, il est difficile de déterminer si la perte d'élan influence la saveur existentielle, ou si la baisse de la saveur existentielle entraîne une baisse de l'élan corporel. Cela dit, des séquelles psychoaffectives et comportementales sont observables et sont symptomatiques de cette situation de santé fragilisée. Ces symptômes peuvent être à l'origine d'une indication médicale pour certaines formes de traitement thérapeutique et/ou médicamenteuses tels que les antidépresseurs et les anxiolytiques.

- b. L'apathie* est le symptôme le plus fréquent lié à la perte de la saveur existentielle.

L'apathie* est un trouble de la motivation*. Déjà à l'Antiquité, le philosophe Platon évoquait par son modèle de « la division tripartite de l'âme » trois sources de la motivation*, comme étant la raison (la tête), la colère (le cœur) et le désir (le ventre)²². Or, l'apathie*, sous tendue par des dysfonctionnements neurologiques²³, provoque une perte des émotions et du désir. Cela survient dans le cas d'une altération considérable de l'état de santé, tels qu'une lésion cérébrale ou une maladie neuro-dégénérative. La personne victime de lésion cérébrale peut alors « se laisser gagner par l'indifférence plutôt que de vivre sa souffrance »²⁴, ne ressentant plus de saveur existentielle. Sur le plan comportemental, cela peut se traduire par une diminution de l'expression verbale et corporelle, pouvant s'observer par sa posture, par sa voix atone ou la diminution de mimiques faciales, ainsi que par une disparition de l'initiative et de l'activité. Cet état peut se comparer à celui du syndrome de glissement* pour les personnes âgées. Il est une entrave à l'autonomie*. En effet, si la personne peut avoir préservé ses capacités* à faire des choix, elle peut cependant ne plus en avoir envie. La situation de santé globale des patients, telle qu'elle est expliquée dans cette première partie cause un ensemble de manifestations comportementales symptomatiques et de souffrances associées, dont la perte fondamentale du goût de vivre et de la saveur existentielle et une altération massive de l'élan vital et corporel. Pourtant, chaque personne possède une force vivante pouvant la mener à créer, inventer et se réinventer. Il est alors nécessaire de la mobiliser pour la rééducation et pour continuer à envisager un avenir en affrontant les changements.

B. LES ARTS PLASTIQUES ET LE THEATRE ONT UN POTENTIEL QUI PEUT ENRICHIR LA SAVEUR EXISTENTIELLE ET FAVORISER L'ELAN CORPOREL.

I. L'Art est une activité d'expression humaine volontaire orientée vers l'esthétique*.

1) L'Art se définit par la pratique de l'art et l'idéal esthétique*.

- a. L'art est une technique qui nécessite un savoir-faire.

L'Art existe depuis que l'Homme existe. D'un point de vue étymologique, *ars* en latin, issu du grec *tekhnè*, signifie « habilité, connaissance technique ». Les « arts » sont des savoirs faire. Ainsi, nous parlons d'« art » comme une pratique orientée vers l'utile et où le savoir-faire domine. Il est prédominant dans l'artisanat, où l'artisan possède « l'art et la manière » pour créer un objet dont la finalité première est l'utilité. Pourtant, l'Art n'a pas la seule vocation d'être utile, il n'est pas vital pour l'être humain, mais il existe.

²² PLATON. La République, traduction Emily Chambry, société d'édition des belles lettres, Paris 1961, page 443

²³ DUJARDIN, K. *Apathie et pathologies neuro-dégénératives : physiopathologie, évaluation diagn/ostique et traitement*. [En ligne]. Disponible sur le World Wide Web de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/17571020/> [Consulté le 18/11/2016]

²⁴ HAZIF-THOMAS C, PHILIPPE T, *La démotivation du sujet âgé*. [En ligne] *Gérontologie et société* n°121, 2007. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-115.htm> [Consulté le 18/11/2016]

b. L'Art est la parfaite alliance entre le savoir faire et l'idéal esthétique*.

Dès l'Antiquité, l'Art et l'esthétique sont associés au savoir faire et à l'exigence divine. Ce n'est qu'à la période de la Renaissance que l'Art commence à être reconnu comme une pratique gratifiante, qui peut être personnelle à chaque individu. L'Art peut être défini comme « une activité d'expression humaine orientée vers l'esthétique »²⁵. Le philosophe allemand Alexander Baumgarten définit le premier l'esthétique* comme « la science du beau dans l'Art et dans la nature »²⁶. Cette notion est issue du terme *esthésie* désignant la « faculté* de sentir, de percevoir par les sens et par l'intelligence »²⁷. Son antonyme est l'*anesthésie*. Elle représente alors une faculté* humaine, plus ou moins développée chez les individus, mobilisant le corps et l'esprit. L'œuvre d'Art est captée par les organes sensoriels. La couleur, la matière, ou l'air d'une musique peuvent provoquer des sensations physiques pouvant procurer du plaisir et des émotions. Dans cette approche nous distinguerons deux phases, qui peuvent s'entremêler. La première nommée l'Art I* fait dominer le ressenti, la saveur et l'expression d'un plaisir archaïque. La deuxième, nommée Art II* exploite ses sensations agréables avec une intention de représentation et un savoir faire. L'artiste va chercher à créer une œuvre d'Art qui ait une *forme* (sonore, visuelle ou plastique) à partir d'une idée, un *fond*²⁸. L'accord entre le *fond* et la *forme* peut constituer un *idéal esthétique* et une source de motivation*.

2) L'Art a la vocation de rechercher l'esthétique que l'on soit artiste ou contemplateur.

a. L'esthétique est le fait de savoir ressentir la beauté.

Quand au XIX^{ème} siècle, Franz Joseph Gall fondateur de la phrénologie, déterminait « la merveillesité »²⁹ comme l'une des fonctionnalités du cerveau, il évoquait peut être cette faculté* de l'être humain de « savoir ressentir » la beauté. La notion de *beauté* est relative aux époques historiques, religieuses, culturelles et de ce fait, elle est relative à la subjectivité humaine. Emmanuel Kant a défini l'esthétique* comme étant « le sentiment du beau ». Le beau est ce « qui cause une vive impression capable de susciter l'admiration »³⁰. Les sensations que procurent le rayonnement d'un paysage, la beauté d'un visage ou encore d'une œuvre d'Art sont à la fois connues de tous et propres à chacun. Chacun a sa sensibilité et c'est par les ressentis corporels que cela « s'imprime » en l'être humain. L'artiste Wassily Kandinsky évoquait « l'ambiance de l'œuvre » pouvant renforcer « l'ambiance intérieure du spectateur et la sublimer »³¹. L'artiste et le contemplateur se rejoignent sur ce plan du savoir ressentir qui suggère une orientation de l'attention et de l'élan vers la beauté, ce qui peut être source de motivation*.

b. L'Art est le fruit d'intentions esthétiques liées aux goûts, au style et à l'engagement de l'être humain.

En se saisissant d'une œuvre d'Art, l'artiste ou le contemplateur exprime son *goût*. Le goût représente ce qui est agréable et intéressant pour l'individu. Il associe une saveur à la nouvelle connaissance (ou savoir) qui s'imprime dans sa mémoire. Le goût sollicite le *savoir ressentir* de l'individu, révélant subtilement une partie de sa personnalité. Il peut l'orienter vers une pratique, avec une empreinte spécifique et reconnaissable. L'artiste mobilise son *savoir faire*, représentatif de son *style*, qu'il exprime avec un certain geste et une certaine forme. Par exemple, le style artistique du peintre Nicolas de Staël, ses choix de juxtaposition de couches de couleurs étalées au couteau, permet de reconnaître l'identité de l'auteur. De même, le style du

²⁵ FORESTIER, Richard. *Regard sur l'Art. Approche épistémologique de l'activité artistique*. Ed. SeeYouSoon, 2006. Page 28

²⁶ BAUMGARTEN, Alexander Gottlieb. *Aesthetica*. 1750

²⁷ CNRTL*. *Définition d'Esthétique*. [En ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 23 octobre 2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/definition/esthétique>

²⁸ FORESTIER, Richard. *Regard sur l'Art. Approche épistémologique de l'activité artistique*. Ed. SeeYouSoon, 2006. Pages 8-10

²⁹ COHEN, Laurent. *Le cerveau en pièces détachées*. [Conférence en ligne] Disponible sur le World Wild Web : <https://www.youtube.com/watch?v=o4pyvoSwrDg> [consultée le 17/11/2016]

³⁰ CNRTL*. *Définition de Beau*. [En ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 23 octobre 2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/definition/beau>.

³¹ KANDINSKY, Wassily. *Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier*. Ed Denoël. Espagne, 1989, p 54.

comédien Charlie Chaplin est reconnaissable par les thèmes qu'il a évoqué, son air, ses costumes, ses gestes. L'artiste exprime ainsi sa volonté de produire. Pour cela, il fait preuve d'*engagement*, où il donne de son temps, de sa personnalité, mobilise son corps physique, psychique et ses compétences relationnelles. S'engager nécessite d'avoir assez d'élan et de motivation*. Ainsi, l'artiste puise dans son *savoir être*, et l'affirme. Le *savoir être* correspond au fait d'agir de manière adaptée en fonction de ses ressentis et de ses connaissances. Il peut aussi, par le biais de la pratique artistique, se modifier, s'améliorer, se perfectionner.

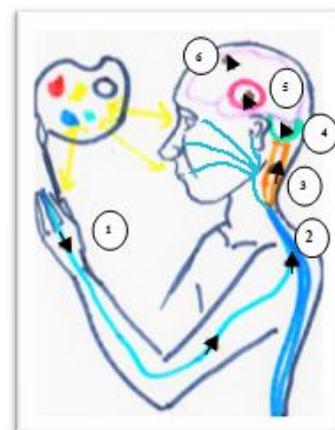
3) L'Art a des pouvoirs qui impliquent le ressenti, la structure, l'élan corporel.

a. Les trois pouvoirs de l'Art sont l'entraînement, l'éducatif et le relationnel.

On peut dire que l'Art possède des pouvoirs, car il peut influencer et modifier le comportement des individus. Une personne immobile pourra ressentir l'envie de se mettre en mouvement pour regarder une œuvre d'Art ou en écoutant une musique. Il a ce pouvoir d'entraînement favorisant l'élan. Une personne pratiquant une activité artistique va utiliser une technique particulière, apprise et avec laquelle elle va pouvoir progresser. L'Art a ce pouvoir éducatif qui va mobiliser les capacités physiques et cognitives et favoriser la plasticité cérébrale. Enfin, une personne étant dans une démarche artistique, aura la possibilité de la partager avec d'autres personnes, de mettre en lien ses intentions et mettre en jeu ses capacités* à « être avec » l'Autre, ou même d'appartenir à un groupe d'artistes. L'Art a ce pouvoir relationnel qui rassemble les individus.

b. La pratique artistique mobilise l'être humain dans ses ressentis, sa structure et son élan corporel.

Comme il a été dit plus haut, les propriétés esthétiques d'une œuvre d'Art ont un rayonnement capté par les organes sensoriels pouvant aller jusqu'aux émotions*. Dans le cerveau, le traitement des émotions* se situe avant le traitement des connaissances comme l'illustre le schéma ci-contre. Il peut alors modifier l'état physiologique du corps et son équilibre (ex : chair de poule). Le fait de contempler ou de pratiquer de l'Art peut donc influencer les *ressentis*. De même, la pratique artistique influence la position du corps, de son squelette, ses mouvements, sa posture. C'est alors toute la *structure corporelle* qui s'adapte lors de l'action artistique. Enfin, l'Art ayant un pouvoir d'entraînement, il peut engager l'artiste dans une intention. Se concrétisant dans les pensées de la personne, il va influencer *l'élan corporel*, lui donnant une énergie pouvant se traduire, ou pas, par une première action, une *poussée corporelle* conduite par les nerfs et les muscles, visible par les gestes entrepris. La pratique artistique est donc un processus en premier lieu physiologique.



- ➔ Chemin de l'information sensori-motrice lors d'une activité artistique.
- 1 — Nerf sensori-moteur
 - 2 — Moelle épinière
 - 3 — Tronc Cérébral : émergence émotionnelle, douleur, plaisir, mémoire, régulation inconsciente*
 - 4 — Cervelet : coordination motrice, équilibre
 - 5 — Système limbique : mémoire émotionnelle, émotions*, *ressentis*, régulation hormonale, adaptation comportement, régulation inconsciente*.
 - 6 — Cortex : élaboration de la pensée, *élan corporel*, choix, connaissance de l'expérience, régulation consciente* de la *structure corporelle*.
- ➔ Rayonnement, captation de l'objet artistique par les sens
- ↔ Régulation occulo-motrice, mouvement, *poussée corporelle*

Figure 4 : Schéma du chemin de l'information sensorielle lors de l'activité artistique

II. La pratique des arts plastiques favorise la maîtrise du corps, mobilise les capacités intellectuelles et peut enrichir la saveur existentielle.

1) Les arts plastiques tels que la peinture et le collage, favorisent l'engagement corporel et cognitif.

- a. Le collage et la peinture sont des Arts visuels qui permettent la contemplation et l'affirmation des goûts.

Emmanuel Kant a défini les Art plastiques en les mettant dans la catégorie des « arts de la forme visuelle statique »³². Les arts plastiques peuvent comprendre le dessin, le collage, la peinture, la gravure, le modelage, la sculpture, ou encore la photographie et l'architecture. Le terme « plastique » en Art caractérise quelque chose comme étant « apte à donner des formes et des volumes »³³. Le collage comme la peinture peuvent impliquer le fait de contempler, que l'œuvre d'Art soit en deux ou en trois dimensions. Le sens de la vue est particulièrement mobilisé par la contemplation des couleurs et des formes. Le collage le mobilise également par les différents motifs ou images utilisés ou par la brillance des papiers. Les choix d'images ou des couleurs se réalisent en fonction des goûts de l'artiste ou du contemplateur. Comme il a été dit auparavant, les goûts, réunissant les saveurs et les savoirs, peuvent stimuler la personne pour développer des intentions. Les vertus de l'Art I* et de l'Art II* sont à l'œuvre et peuvent donner de l'élan pour passer à l'action.

- b. Le collage et la peinture sont des arts plastiques impliquant le fait d'agir sur la matière.

La manipulation ou la production d'images nécessite une interaction avec la matière. De ce fait, la peinture comme le collage suscitent l'adaptation de la structure corporelle. La sensibilité proprioceptive* est impliquée, les bras, les mains et la motricité fine sont nécessaires pour la manipulation du pinceau ou de la paire de ciseau. L'artiste maîtrisant son énergie corporelle, peut trouver une gratification dans la précision et la répétition du geste. Une régulation oculo-motrice s'opère, permettant à l'artiste de s'adapter en fonction de ce qu'il perçoit. La peinture comme le papier et la colle sont des matières avec des lois physiques particulières qui sont importantes à comprendre pour bien les utiliser (épaisseur, temps de séchage). Les différents types de papiers utilisés supposent une manipulation différente (cartons, kraft, canson, papier de soie, papier glacé, papier journal...). La pratique nécessite une technique (un savoir faire), un enchaînement d'actions qui se fait par étapes déterminées. Par exemple, pour coller une image, il s'agit d'ordonner ses actions, entre le fait de découper, de passer la colle liquide au pinceau sur la surface, et d'appliquer l'image. La peinture peut imposer de mettre en place des stratégies d'organisation et de planification pour parvenir à créer l'image voulue, comme le fait de savoir qu'il est mieux d'utiliser les couleurs les plus claires en premier, de peindre le fond d'une toile avant de peindre l'objet représenté, ou encore de connaître le cercle chromatique et le mélange des couleurs. Tous ces éléments sont de l'ordre du didactique*, peuvent être répétés pour favoriser l'apprentissage, mobilisent les capacités* cognitives et corporelles de l'artiste et favorisent l'adaptation.

2) Les arts plastiques favorisent les ressentis corporels enrichissant la saveur existentielle.

- a. Les arts plastiques sont des Arts diachroniques permettant de laisser une trace.

Le terme *diachronique* renvoie à un ordre des choses qui suit une évolution, un déroulement³⁴. Les arts plastiques suggèrent effectivement la réalisation d'un projet réalisable en plusieurs étapes, s'inscrivant dans un espace-temps plus ou moins étendu. L'artiste peut se tourner vers lui régulièrement, laisser du temps entre deux réalisations, se rappeler de ce qui a été

³² MUNRO Thomas, Les Arts et leurs relations mutuelles, Paris, 1954.

³³CNRTL*. *Définition de Plastique*. [En ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 23/11/2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/definition/plastique>.

³⁴CNRTL*. *Etymologie de Diachronique*. [En ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 23/11/2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/diachroniques>.

fait, projeter ce qui pourra se faire. Il pourra mobiliser sa faculté critique*, observer ce qui est améliorable. La reproduction d'un modèle est un exercice intéressant impliquant observation et réajustement. La tendance à prendre du recul, la patience, la persévérance, sont également des compétences que les arts plastiques influencent. Il est possible de laisser le temps qu'il faut entre l'intention et l'action, entre ce qu'on ressent et ce qu'on veut représenter, pour arriver à la production. Il est possible de recommencer pour accorder le fond et la forme et tenter de parvenir à son idéal esthétique. Une fois la production réalisée, elle existe. C'est une image qui se voit, se touche, rappelle des saveurs propres à son auteur et se partage avec un entourage. La trace subsiste dans le temps et dans l'espace. Elle peut être accrochée au mur. L'artiste a créé une nouvelle image. Ce qu'il a exprimé s'inscrit dans la réalité commune et peut valoriser son existence.

- b. L'utilisation des lignes, des formes et des couleurs facilite la prise de repères spatio-temporels.

Les arts plastiques ont l'avantage de regrouper une variété de pratiques importantes, ayant comme dénominateur commun : la ligne, la forme et la couleur. Le dessin mobilise particulièrement la dextérité et les capacités* d'observations. Il peut se réaliser avec du matériel varié tel que le fusain, la sanguine, le pastel sec, proposant diverses sensations au toucher et différents rapports à la matière. Le modelage d'argile le propose aussi et ceci en trois dimensions. Face à une toile blanche ou à un plan de travail, la mise en œuvre de ces éléments va se dérouler, de gauche à droite, de haut en bas et dans un format et un cadre précis. Le temps de création est facteur de concentration, permet de se recentrer dans l'instant présent, ne plus penser à l'hier ni au demain. Néanmoins, l'artiste peut projeter les étapes de réalisation et imaginer sa production dans une globalité³⁵. Une œuvre d'Art est liée à un contexte précis, une date, un lieu, une anecdote, s'inscrivant dans la mémoire sous la forme d'une émotion, d'une procédure et/ou d'un épisode suivant les différents types de mémoire sollicités. Le fait que l'artiste regarde sa production plusieurs jours après, remobilise sa mémoire et ses émotions*. La production constitue elle-même un repère spatio-temporel. Pour plus d'exhaustivité, en annexe n°1 est présenté un tableau regroupant les différents intérêts de la pratique de la peinture et du collage au regard des mécanismes humains, en l'opposant à celle du théâtre.

III. La pratique du théâtre peut favoriser l'élan corporel, l'expression des ressentis et peut enrichir la saveur existentielle.

3) Le théâtre place l'individu en tant qu'acteur.

- a. Il n'y a pas de théâtre sans acteur, ni sans histoire à raconter.

Le théâtre est un Art dont le but est de tenir des représentations devant un public³⁶. Il tient son origine dans l'antiquité. Il est en premier un *lieu*. Il est le théâtre des événements où se rassemblait le peuple de la cité. Augusto Boal, fondateur du théâtre-forum, disait que sur scène ou dans la vie « nous sommes tous des spect-acteurs ». Ils seraient à la fois observateurs, à l'écoute, dans l'échange et dans le partage avec autrui. Celui qui regarde est aussi actif et joue un rôle. A l'inverse de la passivité, l'acteur ou le spectateur doit maintenir une certaine qualité de présence. Par plusieurs manières, l'acteur joue alors un rôle et raconte une histoire sur une scène. Il peut être seul ou en groupe. Il mobilise son attention, ses connaissances et son imagination. Il doit mémoriser un texte, formuler des actes et des mots, y mettre des intentions. Il doit y croire pour accaparer l'attention de l'autre et transmettre son message. Il sollicite la globalité de son corps, son intériorité et sa manière de l'extérioriser. Son image a un impact sur le spectateur. Tous les regards sont tournés vers lui. C'est un engagement total et direct qui demande de l'élan et de l'affirmation de soi. L'artiste fait une entrée, il est regardé et écouté, puis fait une sortie, est applaudi. Il existe.

³⁵ Des liens avec la neurologie sont possibles. Rappelons que le fait de percevoir le réel dans sa globalité est une compétence gérée particulièrement par l'hémisphère droit du cerveau.

³⁶ CNRTL*. *Définition de Théâtre*. [En ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 23/11/2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/definition/theatre>.

b. Le théâtre implique l'interaction dans un cadre sécurisant.

Le théâtre, c'est le jeu. L'acteur joue un rôle, il peut mettre un masque, un déguisement, se maquiller. Il incarne un personnage, se métamorphose, instaure par son jeu une autre réalité. Le jeu est « une activité physique ou mentale purement gratuite, qui n'a, dans la conscience de celui qui s'y livre, pas d'autre but que le plaisir qu'il procure »³⁷. Comme tous les jeux, il crée ici ce que le psychanalyste anglais Donald Winnicott a nommé un « espace potentiel »³⁸ où se chevauchent l'aire de l'imaginaire et l'aire du réel. Le théâtre ouvre un espace d'expression. Il peut être sécurisant et bienveillant. Précisons que le théâtre se vit tout d'abord en groupe dans un atelier. François Cervantes, formateur et spécialiste de l'art du clown, nous apprend que dans les ateliers, la règle numéro un est l'absence d'évaluation et de critique. Le jugement ne doit pas exister, simplement la reconnaissance. Dans les groupes de théâtre, se tissent généralement des liens de qualité. Il n'y a plus qu'un pas pour que l'on puisse parler de « compagnie » où l'esprit d'aventure et d'appartenance sociale résonne.

4) Le théâtre mobilise directement le corps.

a. Le théâtre est un Art synchronique.

Le théâtre est un Art synchronique, où l'intention, l'action et la production se déroulent au même moment et s'unifient en une seule entité. Le théâtre est un Art où l'acteur est directement en lien avec le regard de l'autre. L'accord entre le *fond* et la *forme* se fait sur l'instant, dans la spontanéité. L'action peut être minimaliste ou spectaculaire. Elle peut être faite de déplacements ou d'immobilité. L'acteur peut faire du mime, peut chanter, danser, crier ou chuchoter. Le théâtre mobilise le corps de l'acteur dans sa globalité, sa respiration, son tonus, sa structure, sa sensibilité proprioceptive*, mais aussi son visage, ses mimiques, ses réactions, son regard, sa voix. Le corps se met en mouvement, peut interagir sur des jeux de miroirs et d'imitation, peut vibrer, peut se soumettre à des rythmes différents. L'acteur peut se trouver alors dans une réflexion sur sa propre image. C'est toutes les facettes du *savoir être* de l'acteur qui peuvent être mises en scène. Le corps physique, psychique et social est mobilisé et favorise la maîtrise de celui-ci. Nous comprenons ici, que l'élan vital et corporel est particulièrement mis en œuvre.

b. Le théâtre favorise l'expression des ressentis et des émotions*.

L'Art du théâtre offre plusieurs styles, liés à des mouvements littéraires et des registres différents, suivant les époques et les mœurs, tels que le satyre au Moyen Age ou le romantisme au XIXème siècle. Toutes les tendances peuvent être regroupées sous les deux pôles de la comédie et de la tragédie. Dès l'Antiquité, le théâtre puise dans le réel et l'émotionnel. Kandinsky écrivait que « toute œuvre d'Art est l'enfant de son temps et, bien souvent, la mère de nos sentiments »³⁹. En effet, le théâtre raconte des histoires faites de sentiments et d'émotions*. L'acteur doit rire, pleurer, manifester de la peur ou de la colère. Il doit être vrai tout en jouant un rôle. Sur la scène, il vit les choses sans vouloir les démontrer. Il puise dans son élan vital et la saveur qu'il met à son existence. Lorsque le comédien se trouve face à un public, il ose se montrer tel qu'il est, se projeter dans un état précis et exprimer des émotions* qui sont ou deviennent les siennes. Par cet exercice, l'artiste rassemble par son *savoir être* ses capacités* à maîtriser son expression corporelle et verbale. Il ne s'agit pas d'être envahi par ses émotions*, mais bien de contrôler leurs expressions avec justesse. Indéniablement, cette action implique de libérer de l'énergie, des tensions corporelles et psychiques, tout en y mettant de la distance, car cela reste du jeu. Ceci est également vrai pour celui qui contemple. Nous comprenons alors l'engagement important que nécessite la pratique artistique du théâtre. Le comédien doit avoir une personnalité accordée avec le fait de se faire voir, entendre et contempler. S'exposer ainsi

³⁷ REY-DEBOVE Josette, REY Alain. *Le petit Robert*. Paris : Le Robert, 2013, page 1389.

³⁸ WINNICOTT Donald. *Du jeu à la réalité. L'espace potentiel*. Paris : Galimard, 1971.

³⁹ KANDINSKY, Wassily. *Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier*. Espagne : Ed Denoël, 1989, page 51.

peut constituer un danger pour certains. Chaque pratique artistique a ses atouts et ses limites. Il convient de bien connaître l'Humain et l'Art si l'on veut lier les deux dans une démarche thérapeutique.

C. L'ART-THERAPIE PERMET D'EXPLOITER LE POTENTIEL ARTISTIQUE DANS LE BUT DE MOBILISER L'ELAN CORPOREL ET D'ENRICHIR LA SAVEUR EXISTENTIELLE DU PATIENT.

I. L'art-thérapie moderne est l'exploitation du potentiel artistique dans un but thérapeutique et humanitaire.

1) L'art-thérapie moderne s'adresse à un public en souffrance ayant des troubles de l'expression, de la communication et de la relation.

a. Le modèle utilisé est l'art-thérapie moderne.

Le modèle utilisé ici est l'art-thérapie moderne, fondé par le musicien et théoricien Richard Forestier. D'autres modèles existent, mettant au centre une démarche thérapeutique, plaçant l'Art comme outil de médiation ou d'analyse. L'art-thérapie peut être développée et définie de manière différente. Certaines sont d'orientation psychanalytique et peuvent poser des interprétations sur les productions des personnes. Le modèle qui nous intéresse ici se définit comme étant « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire »⁴⁰. Cette définition veut expliciter une volonté d'objectivité et de rigueur. C'est une démarche « aux fondements humanistes dans un cadre scientifique »⁴¹. Elle utilise un protocole de soins et des outils méthodologiques s'accordant aux méthodes du milieu médical et paramédical. Ce mémoire a la vocation de présenter ces différents outils.

b. L'art-thérapie s'adresse à un public en souffrance en exploitant les parties saines.

L'art-thérapie veut utiliser le potentiel de l'Art pour améliorer la bonne santé et la qualité de vie* des individus. Au regard des caractéristiques de l'Art précédemment évoqués (dont la présentation ne se veut pas exhaustive), nous comprenons que l'art-thérapie peut s'adresser, dans un cadre de soins, à un public souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation. L'art-thérapie apporte déjà sa contribution aux soins dans les hôpitaux, dans les institutions médico-sociales et éducatives, dans les Ephaad*, dans les associations à but non lucratif luttant contre l'exclusion et la précarité. Son principe fondateur est de regarder chez chaque individu ce qui fonctionne bien, ce qui est sain et efficient. La partie saine est le point d'accès à la pratique artistique dans un cadre thérapeutique, avec l'espoir qu'en s'attardant sur ce qui va bien chez l'être humain, on finisse par influencer ce qui dysfonctionne, pour faire diminuer la souffrance et retrouver un équilibre.

II. L'art-thérapie implique l'utilisation d'outils méthodologiques.

1) L'art-thérapie envisage la pratique artistique comme étant une interface permettant la compréhension des mécanismes humains.

a. L'art-thérapie exploite le phénomène artistique.

L'art-thérapie envisage la pratique artistique comme un phénomène dynamique où se développent une *intention*, une *action* et une *production*. Ces trois éléments, que l'on retrouve dans tous les actes de la vie quotidienne ou de loisir, peuvent relier l'être humain à l'Art. C'est le schéma fonctionnel de la volonté de l'être humain, de sa motivation* vers un objectif. Le

⁴⁰ FORESTIER Richard, *petit dictionnaire raisonné de l'art en médecine* [Format PDF] Disponible sur le World Wide Web : <http://art-therapie-tours.net/dictionnaire-de-lart-therapie/>

⁴¹ CHARDON, Fabrice. *Congrès international d'Art-thérapie*. Tours 2016

phénomène artistique met en évidence l'existence de *boucles de renforcement* qui peuvent favoriser la répétition d'une action et l'engagement dans une démarche. Il peut aussi induire une *boucle d'inhibition*, contribuant à faire disparaître un comportement. Ce phénomène n'est pas forcément linéaire, il peut être synchronique ou diachronique. Une personne peut développer une intention sans passer à l'action, ou encore agir sans intention clairement définie. Néanmoins, chaque étape recouvre des mécanismes humains spécifiques qu'il convient de détailler pour une exploitation pertinente de l'Art dans une visée thérapeutique et humanitaire.

b. L'art-thérapie exploite comme outil méthodologique l'Opération Artistique*.

L'opération Artistique^{42*} (OA*) est la proposition d'une représentation schématique de l'activité artistique. Elle illustre le déroulement de l'activité artistique et la séquence en différentes phases. Elle est une interface de compréhension des mécanismes humains au regard de l'activité artistique. Elle est un outil méthodologique permettant d'établir une analyse thérapeutique. Elle permet de déterminer les sites d'actions* (mécanismes défaillants du patient) et le cheminement de la stratégie thérapeutique en s'appuyant sur les cibles thérapeutiques* et de renforcements.

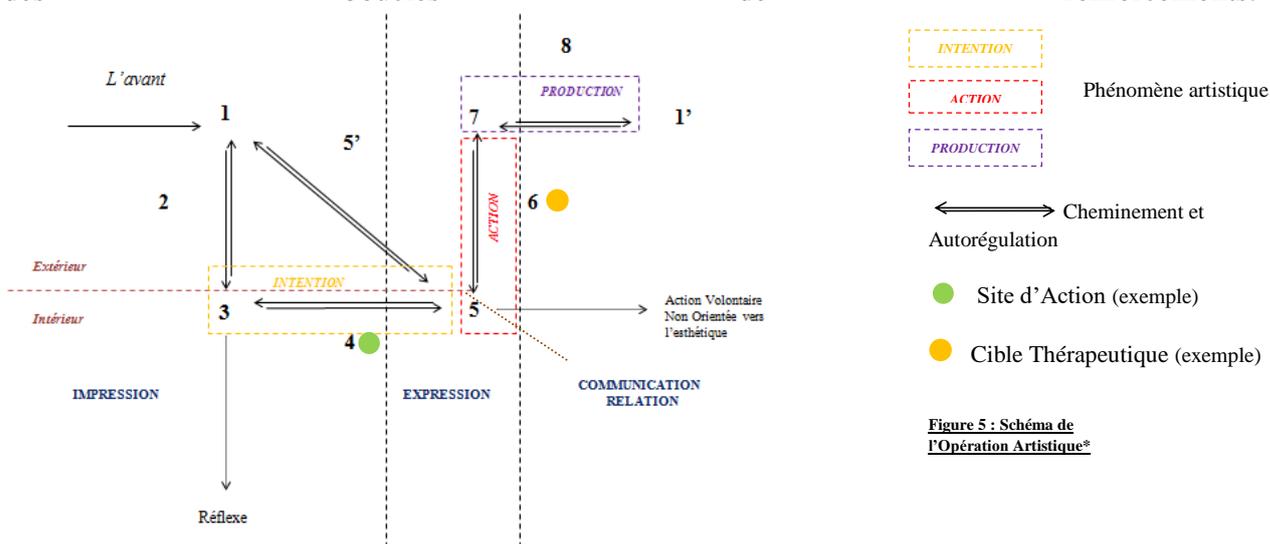


Figure 5 : Schéma de l'Opération Artistique*

La **Phase 1** est « la chose Art », l'accident spatio-temporel. Il vient créer une rupture dans l'espace et le temps.
 La **Phase 2** correspond au rayonnement et à la captation de l'accident spatio-temporel par les organes sensoriels de l'être humain.
 La **Phase 3** est le traitement neurophysiologique de l'information ; il se fait premièrement de manière archaïque en atteignant le siège des **ressentis** corporels dans le cerveau. C'est là que naissent les envies et le désir.
 La **Phase 4** est le traitement sophistiqué de l'information, où l'information devient consciente et intégrée dans le cerveau comme une connaissance. A partir de là, des volontés et des choix peuvent s'élaborer, en même temps que des activités cognitives telles que la mémoire et l'attention et l'adaptation d'une **structure corporelle**.
 La **Phase 5** correspond à l'élan vital de la personne. Elle se compose d'une partie non observable où l'**élan corporel** peut être uniquement pensé, puis d'une partie observable où la **poussée corporelle** annonce un passage à l'action. L'élan est une composante de l'**engagement**.
 La **Phase 5'** correspond à la contemplation qui est envisagée comme une action intentionnelle et mobilisatrice
 La **Phase 6** est celle de la mobilisation de la technique et du savoir-faire, de l'activité mobilisant la structure corporelle et la mise en œuvre des capacités* et compétences. C'est par cette phase que s'exprime le **style** de la personne.
 La **Phase 7** est consacrée à la production en tant que telle comme objet à part entière, devenant indépendante de son auteur. Le style est ainsi représenté.
 La **Phase 8** correspond au traitement mondain, c'est-à-dire l'étape où la personne décide de montrer/d'exposer sa production aux autres. A partir de l'exposition de cette production, l'expression des **goûts** esthétiques peuvent se manifester.
Phase 1' : une nouvelle boucle se crée avec la naissance d'une Œuvre d'Art pouvant constituer un nouvel accident spatio temporel

Figure 5' : Tableau descriptif des phases de l'Opération Artistique

⁴² Présentation basée sur le modèle de Richard Forestier : FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Ed. Favre SA. Suisse, 1999, pages 186-187.

2) L'art-thérapie favorise l'auto-évaluation et la régulation via le cube harmonique

L'auto-évaluation, inhérente aux facultés* d'impression et d'expression, demande d'appréhender le réel et de développer sa faculté critique* et à se réajuster ; « le patient ne doit pas se noter, mais examiner ses propres représentations, estimer le chemin qui le sépare du modèle esthétique* à atteindre et enfin modifier ses actions afin d'avancer dans la direction voulue »⁴³. Elle se base sur « la théorie des trois B » appelée aussi le Cube Harmonique⁴⁴, qui saisit le « beau », le « bien » et le « bon » comme les trois fondements humains de l'esthétique. Elle permet de faire du lien avec les intentions esthétiques que la personne peut avoir par rapport à l'Art, ses attentes, ses goûts, l'exigence qu'elle a d'elle-même, sa capacité* à s'affirmer, à se faire confiance et sa manière de ressentir les gratifications sensorielles. En effet, la capacité* à s'auto-évaluer est liée à l'estime de soi, qui selon le modèle des psychologues Bernhard et Millot est faite de trois composantes structurant la façon dont un individu parvient à s'attribuer une valeur, à se juger digne d'intérêt. Il s'agit de *l'affirmation de soi** (donner son avis, manifester sa personnalité), *la confiance en soi** (se reconnaître une capacité à agir) et de *l'amour de soi** (se reconnaître une capacité* à être et éprouver du plaisir à être). L'auto-évaluation est essentielle à prendre en compte et est révélatrice de l'implication de l'esprit du patient, comme le montre le tableau⁴⁵ ci-dessous.

		Implications de l'Esprit		
Le « Bon »	Relatif à l'implication de la personne Son intérêt et son plaisir Traduit l'élan/la poussée corporelle fondamentale « <i>Est-ce que j'ai éprouvé du plaisir ?</i> »	Engagement	Savoir Être	Amour de soi*
Le « Bien »	Relatif à la forme et au fond, à l'intention et au savoir faire Être dans le « vouloir » et le « pouvoir », donc à l'autonomie* et l'indépendance De l'intention à l'action. « <i>Est-ce que c'est bien fait ?</i> »	Style	Savoir Faire	Confiance en soi*
Le « Beau »	Relatif au goût et à la qualité esthétique* Rapport fond/forme « <i>Est-ce que cela me plaît ?</i> »	Goût	Savoir ressentir	Affirmation de soi*

Figure 6 : Tableau des implications de l'esprit lors de l'utilisation du cube harmonique

III. L'art-thérapeute s'adapte aux besoins des patients en appliquant un protocole de soins précis

1) L'art-thérapeute suit un protocole pour appréhender la situation globale du patient

Le protocole de soins correspond aux différentes étapes importantes à respecter pour que la démarche thérapeutique et scientifique soit efficiente. Le tableau ci-après présente ces étapes. A la lecture de cette présentation, nous comprendrons la nécessité de pratiquer en collaboration avec d'autres professionnels.

« L'avant »	L'indication	Indique les raisons pour lesquelles l'art-thérapie va être proposée au patient. L'art-thérapie est prescrite par un médecin ou une personne compétente, pour des raisons particulières. Ceci nécessite d'être à l'écoute des professionnels collaborateurs.
	L'anamnèse médicale	Correspond à l'histoire de la maladie* . Il s'agit de regrouper les événements d'ordre médicaux significatifs (dans l'ordre chronologique de préférence) s'étant produits dans la vie du patient. Ces éléments peuvent en partie expliquer la situation et le comportement actuel de la personne perçu par l'équipe médicale.
	L'anamnèse familiale	Correspond à l'histoire familiale du patient, soit l'ensemble des éléments et événements significatifs et relatifs à la vie sociale de la personne. Ces éléments peuvent en partie expliquer la situation actuelle de la personne.

⁴³ PLAISANT, C. *L'évaluation en art-thérapie confrontée à celle des autres paramédicaux dans un service de médecine physique et de réadaptation** auprès de personnes traumatisées crâniennes graves*. In FORESTIER Richard. *L'évaluation en Art-thérapie*. Paris : Ed Elsevier, 2007, page 36.

⁴⁴ BERNHARD, H. et MILLOT, C. *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi*. In FORESTIER Richard. *L'évaluation en Art-thérapie*. Paris : Ed Elsevier, 2007, page 75.

⁴⁵ Basée sur : Ibidem.

La rencontre	L'état de base	Correspond à ce que le thérapeute voit et entend en face à face, en tentant de répondre aux questions suivantes :
	L'état initial peut durer plusieurs séances	Quelles sont les capacités* sensorielles, physiques, cognitives, sociales et psychoaffectives du patient ? (Noter les éléments dans une fiche d'ouverture)
	Il se renouvelle et se réajuste régulièrement	Quelles pénalités* et quelles souffrances sont observées ?
		Quels sont les goûts, intentions esthétiques et intentions sanitaires* de la personne ?
		Commencer à créer un lien relationnel, à tisser un lien de confiance en adoptant une attitude bienveillante, respectueuse et stable.
Analyse thérapeutique	Choix d'une stratégie thérapeutique	Déterminer un ou des objectifs généraux
		Déterminer des objectifs intermédiaires
		Déterminer les sites d'actions* et les cibles thérapeutiques* et les situer sur l'Opération Artistique* afin de déterminer le point d'accroche et les boucles de renforcement envisageables.
		Déterminer des Items* et faisceaux d'items d'observation correspondant aux objectifs
		Déterminer les moyens : la dominante artistique et éventuellement des phénomènes associés voulus
		Déterminer le type de séance et l'organisation spatio-temporelle : individuelle ou collective/ horaire, jour, fréquence.
		Déterminer la méthode : Intensité de l'accompagnement dans l'activité: ouverte, libre, semi-dirigée, dirigée Nature de la séance : didactique*, révélatrice, occupationnelle et/ou thérapeutique
A chaque séance	Déroulement de la prise en soin	Déterminer des objectifs de séances
		Utiliser une fiche d'observation avec les faisceaux d'items* adaptés au patient.
		Favoriser l'auto-évaluation de la production et de la qualité du moment par le patient
		Faire le bilan de chaque séance et réajuster l'état de base
		Projeter des éléments pour la séance suivante
		Mise en place éventuelle d'un plan d'accompagnement de soins
		Rédiger une courte transmission dans le dossier numérique du patient
Evaluation	De l'entourage	Recueillir les observations des soignants, éducateurs et de la famille du patient
	Du patient	Favoriser l'auto-évaluation de la prise en charge du patient
	De l'Art-thérapeute	Reprendre les fiches d'observations et bilans par séance
		Relever et comparer les items* significatifs en y associant une cotation
		Mettre en lumière les résultats au regard des objectifs généraux et intermédiaires
	Rédiger un bilan écrit pour le médecin prescripteur et l'ensemble de l'équipe de soins	

Figure 7: Tableau présentant le protocole de soins en art-thérapie

2) L'art-thérapeute utilise des fiches d'ouverture et des fiches d'observation.

a. La fiche d'ouverture permet de dresser l'état de base.

L'état de base correspond premièrement à ce que le thérapeute voit, entend lorsqu'il a le patient en face de lui. Il doit mener à l'évaluation objective des fonctions lésées et préservées du patient. Comme pour toute profession du soin, l'évaluation est fondamentale. Elle aide à la compréhension du comportement du patient, pour mettre en place un accompagnement adapté et des objectifs thérapeutiques pertinents, pour ne pas mettre en échec le patient et mobiliser ses parties saines. La capacité* à observer du thérapeute est mise à l'œuvre mais aussi sa capacité* à rassembler et regrouper les informations médicales transmises grâce à l'équipe pluridisciplinaire et les documents disponibles dans le dossier du patient. Une fiche d'ouverture précise doit être élaborée (annexe 2), établissant le bilan des facultés* et capacités* sensorielles, motrices, cognitives et relationnelles du patient. L'état de base ne concerne pas que les caractéristiques fonctionnelles mais prend en compte toute la dimension affective, les souffrances, les goûts, les intentions, les préoccupations du patient. Il se renouvelle à chaque séance et suit l'évolution, l'humeur du patient et les événements qui se produisent dans sa vie.

- b. La fiche d'observation permet de tendre vers l'objectivité.

La fiche d'observation est l'outil quotidien de l'art-thérapeute lui permettant d'inscrire de séance en séance le déroulement, les conditions spatio-temporelles et l'observation des items* et faisceaux d'items déterminés en lien avec les objectifs thérapeutiques suite à l'état de base. En annexe 3 se trouve l'exemplaire de la fiche d'observation utilisée au centre de rééducation auprès des personnes victimes de lésions cérébrales acquises.

IV. L'art-thérapie peut jouer un rôle dans la démarche de soin du patient en visant à améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle.

- 1) L'art-thérapie peut mobiliser l'élan corporel, en aidant le patient à faire confiance en ses capacités*.

Nous comprenons que l'art-thérapie utilise des boucles de renforcements et d'inhibition en exploitant le potentiel artistique, afin de répondre à un objectif de soins déterminé. Une première boucle de renforcement peut être envisagée en commençant par la première étape de la contemplation. Celle-ci permet de révéler des goûts et intentions esthétiques du patient et ensuite favoriser le passage à l'action, rien que « pour essayer ». La mobilisation motrice et attentionnelle est alors à l'œuvre ainsi que des gratifications sensorielles. L'activité adaptée aux facultés* préservées du patient, peut constituer une boucle de renforcement si celle-ci ne le met pas face à un échec (rôle du thérapeute). Pour cela, il peut être pertinent de proposer une nouvelle activité, pour que ce soit, pour le patient, une découverte. Ainsi, face à sa production, le patient peut reconnaître ses capacités* et compétences toujours présentes. Cette boucle de renforcement peut contribuer à montrer au patient qu'il est « encore capable de ». Cela peut avoir un impact sur son humeur, sur la confiance qu'il met dans sa capacité* à agir et donc sur son élan corporel.

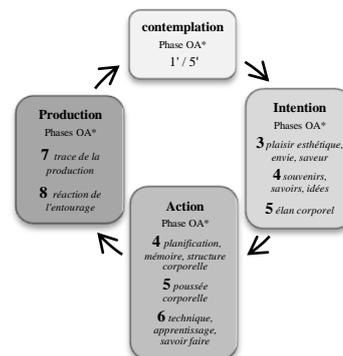


Figure 8 : Schéma de la boucle de renforcement de l'élan corporel

- 2) L'art-thérapie peut susciter l'engagement dans un projet artistique en visant à améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle

Un projet artistique proposé à un patient sollicite son élan corporel et ses capacités* à s'engager physiquement et dans la durée. L'engagement est notamment révélateur de l'amour de soi* et donc met en évidence la capacité* du patient à ressentir du plaisir à être. Les gratifications issues du projet artistique basé sur ses goûts, son plaisir et ses émotions* esthétiques, peuvent être vectrices de saveur existentielle. Cette saveur peut amplifier l'envie du patient à s'impliquer et à s'investir (donner de son temps et de son énergie). Cette démarche constitue une boucle de renforcement vouée à être opérante dans l'intention sanitaire du patient, dans son comportement global face à sa démarche de soins. En effet, plus on se reconnaît du plaisir à exister, plus on est à même de faire ce qui est nécessaire pour aller mieux.

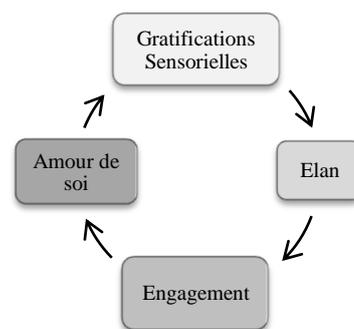


Figure 9 : Schéma de la boucle de renforcement de l'engagement pouvant influencer l'intention sanitaire*

D. L'HYPOTHESE EST: L'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET THEATRE PEUT PERMETTRE D'AMELIORER L'ELAN CORPOREL ET LA SAVEUR EXISTENTIELLE EN FAVORISANT L'EXPRESSION ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES ACCUEILLIES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DANS LEUR DEMARCHE DE SOINS.

I. D'autres recherches ont été effectuées sur l'intérêt de l'Art-thérapie auprès de personnes victimes de lésions cérébrales.

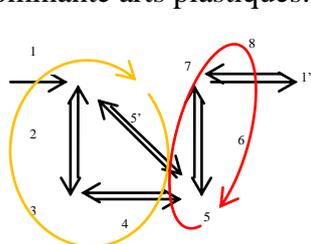
Ce mémoire a donc pour objet de présenter l'hypothèse relatée ci-dessus. De nombreux art-thérapeutes ont déjà travaillé auprès de patients victimes de lésions cérébrales acquises. En

2010, l'art-thérapeute Fanny Crapart, publie un article sur « le potentiel de l'art-thérapie dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées »⁴⁶ notamment lors de la rééducation, en étant complémentaire avec l'équipe de rééducation. Plus récemment des art-thérapeutes en formation sont intervenus auprès de ce public dans des contextes similaires ou légèrement différents au regard de la sévérité des troubles, de la chronicité, ou du contexte de vie. Ces éléments sont présentés en annexe 4 au travers de la synthèse de trois mémoires. Ces trois travaux mettent en avant que l'art-thérapie moderne, avec des dominantes différentes mais toujours adaptées, peut avoir des effets positifs sur la qualité de vie* de ces personnes.

II. L'engagement artistique du patient dans le temps et dans l'espace est le résultat de boucles de renforcement au service d'une bonne saveur existentielle et de l'élan corporel.

1) L'art-thérapie à dominante arts plastiques favorisant la confiance en les capacités, peut améliorer l'élan corporel et l'engagement des personnes victimes de lésions cérébrales dans leur projet de soins.

Au regard de ses éléments, un cheminement stratégique et des boucles de renforcements probables pour les patients hospitalisés peuvent être envisagées au regard de l'OA* pour la dominante arts plastiques.



1) Boucle de renforcement de la contemplation : entrer par la contemplation proposée par la thérapeute en phases 1 et 5' pour donner l'envie au patient en phase 3 puis en phase 4 et ainsi favoriser l'intention.

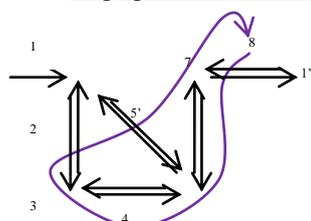


2) Boucle de renforcement de l'action à la production : entre par le 5 en favorisant l'élan, pour favoriser l'engagement et la mobilisation de savoir-faire en phase 6, matérialisé ensuite en phase 7 avec la production.

Figure 10 : Schéma des boucles de renforcements de la contemplation et de l'action à la production

Le chariot de matériel qui rayonne et la proposition de contemplation de visuels (cartes postales d'œuvre d'Art, manuels d'artistes, revues sur la nature, photographies...) à présenter aux patients victimes de lésions cérébrales, leur permet d'exprimer leurs goûts, de dire « j'aime » ou « je n'aime pas » et ainsi de connaître leurs sensibilités et intentions esthétiques, leurs goûts et ce qui « fait sens » pour eux et ainsi de susciter des gratifications sensorielles et l'expression d'intention. Suite à cela, la proposition d'un projet artistique adapté aux attentes esthétiques et réalisable en plusieurs fois pourra susciter leur engagement volontaire. Ce travail permet de mettre en valeur la partie saine, de favoriser l'élan et la poussée corporelle avec l'émergence de *prises d'initiatives* (termes souvent employés par les rééducateurs, notamment les kinésithérapeutes) et de contribuer ainsi à la rééducation.

2) L'art-thérapie à dominante théâtre, en favorisant l'expression des ressentis des personnes victimes de lésions cérébrales, peut réveiller une saveur existentielle favorisant leur engagement dans leur projet de soin.



1) Boucle de renforcement liée au relationnel : entrer par le 8 avec le contact social et le pouvoir relationnel du théâtre pour susciter des gratifications sensorielles et des ressentis en 3 et une bonne saveur en 4, puis un élan et une poussée corporelle en 5.

Figure 11 : Schéma de la boucle de renforcement liée au relationnel

Le théâtre implique d'emblée la communication et la relation. Il peut s'étayer éventuellement avec des visuels pour nourrir les intentions et l'expression, ou avoir comme point de départ le jeu d'acteur du thérapeute. L'environnement du patient, sa famille, les soignants et les autres patients peuvent aussi être sujets de contemplation et susciter des gratifications sensorielles et enrichir sa saveur existentielle, pouvant ainsi favoriser l'envie et donc l'élan pour s'exprimer et s'affirmer verbalement et corporellement.

⁴⁶ CRAPART Fanny. *Le potentiel de l'Art-thérapie dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées*. In FORESTIER Richard. *Profession Art-thérapeute*. Barcelone : Ed Elsevier, 2010, pages 87 à 94.

PARTIE II : PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTES⁵ ARTS PLASTIQUES ET THEATRE DANS L'OBJECTIF D'AMELIORER L'ELAN CORPOREL ET LA SAVEUR EXISTENTIELLE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE SUITE A UNE LESION CEREBRALE

A. L'EXPERIENCE S'EST DEROULEE AU « CLOS SAINT VICTOR », CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION

I. Le Centre de Rééducation Fonctionnelle est une institution chargée d'une mission sanitaire.

Le Centre de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation* est une institution, c'est-à-dire « un organisme public ou privé, au régime légal ou social, établi pour répondre à quelque besoin déterminé d'une société donnée ». ⁴⁷ C'est un établissement hospitalier et public créé par la Sécurité Sociale en 1946 et confié depuis 2000 à la gestion de l'UGECAM*. Il dépend de l'Agence Régionale de Santé de la région Centre qui lui indique les missions et budgets financiers en conséquence. Il répond aux missions de soins médicaux, curatifs* et palliatifs*. Plus précisément, il est un « service de Soins de Suite et de Réadaptation* » (SSR*). La gestion de l'établissement est confiée à l'équipe de direction composée de la directrice, d'une qualicienne et d'un médecin coordinateur. Ils accueillent un public adulte souffrant de lésions neurologiques, orthopédiques ou rhumatologiques, pour un séjour d'une durée très variable (pouvant aller d'un mois à plus d'une année), en lien avec une hospitalisation en CHU* pour une opération chirurgicale ou non. Le décret du 18 avril 2007 du code de la santé public décrit sa mission comme étant de « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences* et des limitations de capacités des patients et de promouvoir la réadaptation* et leur réinsertion* ». L'enjeu du centre est que les patients puissent réutiliser leurs capacités* pour se réinsérer le mieux possible dans la société, leur vie quotidienne, retrouver une vie familiale, professionnelle, conduire, etc. Quand la récupération semble avoir été à son maximum, un travail de réadaptation* est fait avec des aides techniques et matérielles et un aménagement spécifique adapté à chaque situation.

II. Le « Clos St Victor » s'organise autour des besoins du patient.

Toutes les ressources sont centralisées en respectant le modèle du Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé en organisant des réunions PIII* aussi souvent que nécessaire. L'enjeu est d'accompagner le patient dans son projet de réinsertion* en veillant que celui-ci soit le plus adapté possible. Le Centre de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation** possède 90 lits en hospitalisation complète et 12 places en hôpital de jour. L'organisation de l'hospitalisation complète est structurée en se référant aux étages qui sont au nombre de trois et aux numéros de chambres qui sont individuelles. Les agents administratifs accueillent le patient à son arrivée et gèrent son admission. Son niveau de dépendance est évalué⁴⁸. En fonction de cela, il bénéficie de soins appropriés. Des objectifs de soins globaux sont déterminés et une assistance adaptée est mise en place pour l'accès à ses premiers besoins (texture des aliments adaptée, mode de prise de repas au restaurant ou en chambre, continence*, soins de nursing*, soutiens dans les déplacements).

III. Le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

L'équipe pluridisciplinaire rassemble et coordonne les différents soins dont les patients ont besoin. A l'équipe de direction et administrative se rajoutent une équipe gérant la logistique,

⁴⁷ CNRTL*. *Définition d'Institution* [en ligne]. CNRS*, 2005. [Consulté le 23 septembre 2016] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.cnrtl.fr/definition/institution>

⁴⁸ De nombreuses échelles d'évaluation standardisées existent. Pour évaluer le niveau de dépendance, le Clos St Victor utilise notamment le **GMP***, correspondant au niveau moyen de dépendance des résidents dans un établissement.

l'hygiène (ASH*, lingère) et la restauration, ainsi qu'une pharmacie. L'équipe médicale et paramédicale se compose de médecins, d'un psychiatre, trois cadres de santé, d'infirmier(ère)s, et aides soignant(e)s dont trois sont spécialisés dans la rééducation et le soutien aux déplacements, psychologue, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes. L'équipe socioculturelle se compose d'une assistante sociale et d'une animatrice. Elle communique par des voies formelles et informelles, orales et écrites. L'équipe médicale et paramédicale fait le point sur les objectifs de soins de chaque patient en réunions de synthèse une fois par semaine. Des réunions de transmissions se déroulent tous les jours entre l'équipe d'infirmier(ère)s et aides soignants du matin et du soir. Les informations et l'emploi du temps des patients sont relatés dans leurs dossiers numériques.

B. L'INTEGRATION DE L'ART THERAPIE AU CLOS SAINT VICTOR A NECESSITE LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE SOINS

I. L'art-thérapeute stagiaire a été intégrée à l'équipe pluridisciplinaire

Un schéma placé en annexe n°5 présente le rôle des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il illustre notamment une réunion de synthèse et les différents acteurs du soin avec qui l'art-thérapeute peut communiquer quotidiennement.

II. Le protocole de soins a été mis en place.

Le protocole de soins en art-thérapie a été mis en place durant neuf semaines entre juin et août 2016, à raison de deux demies journées par semaine et deux heures en plus pour assister aux réunions. En plus des réunions de synthèse, l'art-thérapeute stagiaire pouvait assister aux réunions de transmissions selon les besoins. Des échanges informels étaient aussi privilégiés. Ces trois modes de communications ont permis de recevoir des indications médicales et des informations quant aux anamnèses médicales et familiales des patients. Un bureau avec un ordinateur permettant l'accès aux dossiers numériques était disponible. Chaque bilan de séance était inscrit dans le dossier numérique du patient.

Six patients⁴⁹ ont bénéficié du protocole en art-thérapie, pour lesquels un état de base a été réalisé puis des objectifs thérapeutiques généraux et intermédiaires déterminés. Les prises en charge ont été proposées dans un premier temps sous forme individuelle, en se rendant directement dans leurs chambres, puis des séances collectives ont été mises en place dans la salle du service animation. La séance d'art-thérapie était inscrite dans l'emploi du temps du patient chaque semaine, en concordance avec les autres soins de rééducation, en tentant de maintenir une régularité. Elles pouvaient être hebdomadaires ou bihebdomadaires selon les besoins.

L'art-thérapeute stagiaire ne portait pas de blouse mais un badge. Du matériel d'arts plastiques était transporté sur un chariot roulant. Progressivement, les outils méthodologiques ont été ajustés en concordance avec les besoins des patients, telles que les fiches d'ouvertures et d'observations (cf : annexes n°2 et 3) retravaillées régulièrement avec des items* appropriés. En particulier, la spontanéité, les prises d'initiatives, sa disponibilité étaient observés. Tout en étant alerté quand au fait que la subjectivité subsiste toujours, le thérapeute doit être attentif au langage non verbal du patient⁵⁰, à sa posture, son regard, ses sourires ou absences de sourire, mais aussi sa fatigabilité, sa douleur, son humeur. L'auto-évaluation permettait aussi cela. Des supports visuels (tels que présentés ci-dessous) ont été progressivement créés, permettant aux patients d'auto-évaluer leur douleur et leur humeur avant et après la séance. Cela permet au patient de s'interroger sur ses ressentis, de chercher à donner une réponse verbale et de tenter d'accorder ses ressentis et ses représentations.



Figure 12: supports visuels utilisés pour l'auto-évaluation de la douleur et de l'humeur du patient

⁴⁹ Les noms des patients sont anonymés

⁵⁰ BARRIER Guy. *Les langages du corps en relation d'aide*. Paris : ESF Editeur, 2013

L'auto-évaluation du patient sur sa production est un indicateur et un outil thérapeutique. Des supports visuels comme présentés en figure 13, ont été créés avec un code couleur allant du plus clair pour la valeur la plus faible, au plus foncé pour la valeur la plus forte. Les auto-évaluations sont cotées sur une échelle de un à cinq et comparées de séances en séances. Nous ne partons jamais du zéro, car nous ne partons jamais de rien.

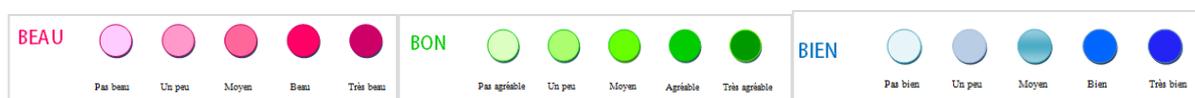


Figure 13 : supports visuels utilisés pour l'auto-évaluation esthétique du patient

Le simple fait que le patient exprime ce qu'il ressent est un item important à repérer (par exemple lorsque spontanément le patient peut dire « c'est agréable ! »). L'art-thérapeute doit être attentif à tous les commentaires et réactions du patient. Un écart entre les mots et les réelles appréciations peut être présent, ceci pour de multiples raisons (ex : vouloir faire plaisir au thérapeute, difficultés à apprécier la réalité suite aux troubles cognitifs).

C. L'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES OU THEATRE A ETE PROPOSEE A TROIS PATIENTS MONTRANT DES SIGNES DE PERTE D'ELAN ET DE SAVEUR EXISTENTIELLE.

I. La présentation du suivi art-thérapeutique de Mme Annick montre que l'art-thérapie favorise l'engagement

1) L'état de base de Mme Annick révèle une situation d'incurie*

« L'avant »	L'indication ⁵¹	Favoriser le sentiment de sécurité, améliorer la relation avec les soignants, favoriser ainsi sa coopération en rééducation.
	L'anamnèse médicale	Mme Annick a 60 ans. Elle se trouve en centre de rééducation depuis le 14 avril 2016. Elle a une maladie* neuro-dégénérative non définie, avec des lésions neurologiques causant des déficits moteurs et cognitifs : perte progressive de la marche depuis huit ans. Les ergothérapeutes ont constaté un important déficit au niveau de la praxie. Elle est suivie par la psychologue qui observe des troubles de l'attachement et se questionne au sujet d'une problématique psychiatrique de l'ordre de la psychose*. Elle est suivie également par l'assistante sociale. Au CRF*, on observe chez Mme Annick un repli sur soi, « une froideur » dans les échanges avec l'équipe médicale, parfois de l'agressivité verbale. Elle présente de l'incontinence, ne demande pas aux infirmières pour aller aux toilettes. Elle est installée en fauteuil et prend peu d'initiatives quand à ses déplacements. En kinésithérapie et lors des transferts, Mme Annick n'est pas rassurée, elle se cramponne et peu crier. Les soignants parlent d'une « grande crainte », en particulier auprès des hommes, un manque de confiance en l'autre. Elle s'ouvre quand on lui parle doucement. Objectifs de soins globaux de l'institution : « mise en place d'un plan d'aide au domicile ; rééducation de la communication verbale et non verbale, autonomie aux auto-soins ; transfert, marche avec aide technique. »
	L'anamnèse familiale	Nous avons très peu d'éléments sur son histoire. Madame Annick ne parle pas de son passé. Nous savons qu'elle est célibataire sans enfant. Elle a un frère et une sœur. Ils racontent à l'assistante sociale que dans sa jeunesse, Mme Annick était coquette. Ses deux parents sont décédés récemment. Elle montre peu d'investissement dans ses relations, peu d'affect et d'attachement et présentait, avant son hospitalisation, une situation d'isolement social et de forte précarité. L'hospitalisation fut déclenchée par SOS médecin après une intervention à son domicile. Elle présentait une situation d'incurie*, manifestant une grande négligence à propos de son hygiène de vie et sa capacité à prendre soin de sa santé. L'assistante sociale évoqua le fait qu'elle était installée « sur une paillasse, sans toilette », « partageait le logement avec un homme plus âgé, le type de relation entretenu semble difficile à définir ». Nous ne savons pas de quoi elle vivait. Elle a travaillé un peu en tant qu'agent de service, puis fut déclarée « en situation de handicap » il y a 10 ans environ.

Figure 14 : tableau de « l'avant » : indication et anamnèse médicale et familiale de Mme Annick

⁵¹ Se référer aux définitions pages 15 et 16.

Séances d'ouvertures n°1 le 29/06/2016	Durée : 30 min
Objectifs : <ul style="list-style-type: none">  Rencontrer Mme Annick et amorcer l'engagement dans une prise en soins.  Amorcer un lien de confiance  Observations pour dresser l'état de base 	
Dominante artistique : contemplation peinture et dessin centré* Phénomène associé : météo, éclaircies/pluie Méthode : séance ouverte et révélatrice sans orientation préétablie. Séance individuelle en chambre	
<p>Un premier contact a été établi 45 minutes plus tôt dans sa chambre avec son médecin. Elle accepte que je me présente et de faire un essai. Elle tourne la tête et regarde par la fenêtre quand je commence à raconter des choses trop longues. Elle questionne son emploi du temps pour programmer la première séance. Nous décidons de nous revoir à 17h.</p> <p>A mon arrivée, Mme Annick est assise dans son fauteuil et regarde « Des chiffres et des lettres » à la télé. Elle parle de façon audible, dit souvent « oui, oui » avec une voix fine. Elle regarde le chariot de matériel et suggère que je mette mes affaires sur la table. Je propose <u>la contemplation de cartes postales d'œuvres d'Art</u>. La situation lui rappelle le travail fait en orthophonie qu'elle évoque avec le sourire. Elle exprime ses goûts assez directement, dit « oui » verbalement, amorce une timide grimace et tourne la tête pour dire « non ». Elle peut dire ce qu'elle aime dans certaines des cartes et réagit en souriant face à une carte en particulier. Au bout d'environ cinq minutes, elle demande s'il y en a encore beaucoup et soupire. Je décide alors de changer d'activité et lui <u>propose de mettre en couleur un dessin centré*</u>. Elle choisit un modèle et elle essaie de manipuler des sticks de gouache, puis des feutres. Elle les porte à son nez, essaie de les sentir, ne reconnaît pas les odeurs (les sticks n'ont pas d'odeur, les feutres ont une odeur de fruits). Elle demande si les feutres sèchent vite. Elle colorie de la main droite à la périphérie de la production, repère la plupart des formes et ne les colorie pas entièrement. Elle fait quelques choix, certains sont affirmés, d'autres semblent être faits au hasard. J'étaye avec des propositions de couleurs qu'elle accepte. Elle change de couleur à chaque fois, essaie de faire une suite logique dans ses choix de couleurs. Elle colorie pendant environ dix minutes, durant lesquelles elle tourne de plus en plus souvent la tête vers la fenêtre. Je lui demande si elle a envie d'aller dehors, elle refuse. Elle demande à voir l'heure et soupire. A 17h25, je lui propose alors d'arrêter l'activité. Elle regarde sa production et dit en souriant « on aurait pu faire le milieu quand même ». Elle est d'accord pour la continuer le lendemain, le rendez-vous est pris pour 14h30. Elle m'aide à ranger le matériel. Lorsque je repars avec le chariot, elle le regarde et me demande ce que je fais des livres. Je lui réponds que c'est pour regarder des peintures et des dessins, à quoi elle réagit en regardant vers la fenêtre en disant « Ah » sur un ton de lassitude, puis elle me regarde partir en me disant « attention au mur avec le chariot, il ne faut pas abîmer, on n'est pas chez nous ».</p>	
Séance d'ouverture n°2 le 30/06/16	durée : 20 min
Objectifs : <ul style="list-style-type: none">  Rencontrer Mme Annick et amorcer l'engagement dans une prise en soins.  Amorcer un lien de confiance  Observations pour dresser l'état de base 	
Dominante artistique : contemplation et dessin centré Phénomène associé : pluie Méthode : ouvert - révélateur – pas d'orientation préétablie Séance individuelle en chambre	
<p>Mme Annick est couchée à mon arrivée, dit être fatiguée. Elle se lève tout de même avec l'aide d'une aide soignante. Elle montre peu de prise d'initiative au transfert.</p> <p>Elle se souvient de sa production de la veille. A l'installation, je lui tends une planche support qu'elle place sur ses genoux. Des feutres sont disposés à sa droite sur la tablette. Elle les saisit un par un, ne sent pas leur odeur.</p> <p>Elle colorie partiellement quelques formes et s'arrête au bout de quelques minutes, soupire, tourne la tête sur le côté et demande : « qu'est-ce que je dois faire ? », « allez-y faites le, moi je ne sais pas ». Une averse survient dehors, ce qui attire son attention. Nous parlons de la météo. Mme Annick dit ensuite avoir fini sa production (au bout de cinq minutes). Elle s'applique à reboucher les feutres en disant « attention il ne faut pas que les feutres sèchent », n'y parvient pas, accepte mon aide.</p> <p>Madame regarde les livres sur mon chariot. En lien avec sa demande de la veille je lui propose de les regarder. Elle saisit avec les deux mains les livres que je lui tends, regarde une à deux pages puis referme l'ouvrage. Parmi des albums de peintures et sur le voyage, elle manifeste de l'intérêt uniquement pour les peintures au style enfantin et représentant des animaux. Elle dit qu'elle aimait lire le journal tous les matins, et maintenant elle ne peut plus. Elle fuit mon regard ce qui pourrait évoquer une souffrance. Nous arrêtons l'activité de contemplation et regardons sa production avant de clôturer la séance. Elle ne la regarde pas beaucoup, ne sait pas quoi en faire. Elle ne veut pas la jeter, me dit de la garder et refuse de la signer. Elle accepte d'y inscrire la date, qu'elle écrit sans difficultés de la main droite.</p> <p>Je lui donne enfin une reproduction de la carte qu'elle avait appréciée la séance précédente. Elle l'accepte, veut que je lui donne dans la main, sourit, dit « merci » et « à bientôt ». Le prochain rendez-vous est fixé la semaine suivante, Mme Annick me demande de venir à 14h45.</p>	

Bilan : Un engagement dans la prise en charge est amorcé ainsi qu'un lien de confiance car Mme Annick accepte que je revienne, manifeste de l'intérêt et fixe elle-même l'horaire. De nombreuses observations me permettent de dresser un état de base.

Figure 15 : tableau des séances d'ouverture de Mme Annick

La rencontre	L'état de base	<p>Capacités sensorielles : la patiente ne semble pas avoir de troubles sensoriels. Son rapport à la douleur n'est pas encore évalué. Elle utilise son odorat pour sentir les feutres et la vision pour les activités de contemplation et de dessin centré*.</p> <p>Capacités psychomotrices : la patiente est droitnière. Elle mobilise ses deux mains. Elle peut prendre des initiatives, montre des intentions de manipulation notamment pour ranger le matériel. Ses difficultés pratiques ne lui permettent pas d'aller au bout de ses actions volontaires. Du point de vue moteur, elle se mobilise sur l'activité pendant moins de 10 minutes. Elle est installée en fauteuil roulant. Son aspect physique est très sobre, elle est fine, les cheveux gris et longs, tirés en arrière.</p> <p>Capacités cognitives : sa mémoire est mobilisable, son attention aussi mais elle peut vite se réduire en même temps que son intérêt pour l'activité ou de l'évolution de son humeur. Elle manifeste des intentions de lecture, semble avoir accès à la lecture et l'écriture. Elle est en capacité de faire des choix mais son implication est variable.</p> <p>Capacité d'expression : langage verbal : elle ne parle pas beaucoup, sa voix est fine et atone, pouvant vite suggérer de la lassitude. Langage non verbal : son dos est légèrement courbé, sa posture assez figée, elle regarde souvent sur le côté (fenêtre ou porte) en faisant des gestes saccadés et soupire.</p> <p>Communication : répond aux questions rapidement et succinctement (« oui, oui »), ne s'y implique pas de manière constante, mais elle est en capacité de tenir une conversation. Peut s'ouvrir et communiquer puis se refermer. Elle pose quelques questions spontanément.</p> <p>Capacités relationnelles : La patiente peut parfois me sourire et me regarder dans les yeux, parfois être absorbée par ses pensées et rompre le lien, son regard devient alors fuyant. Elle est capable d'opposer un refus même s'il est affirmé timidement. Elle maintient une certaine distance relationnelle qui semble en lien avec un manque de sécurité. Elle fait cependant des liens avec différents soignants notamment l'orthophoniste, avec le sourire. Elle s'investit dans la prise de rendez vous et manifeste une volonté d'engagement.</p> <p>Comportement psychoaffectif : Mme Annick peut manifester de la gêne en même temps qu'elle se heurte à un échec quand elle prend des initiatives. Peut rassurée, elle peut manifester de l'anxiété, notamment par des crispations et des comportements fuyants. Cependant, elle peut manifester de l'intérêt pour certaines personnes et certains objets. Son comportement peut être passif, elle peut prendre l'activité comme un exercice, ne le faisant pas pour le plaisir (« qu'est ce que je dois faire ? »).</p> <p>Goûts/intérêts : elle manifeste de l'intérêt pour la météo, la télévision, pour les livres, les mots et la lecture. Il semble important pour elle de ne pas abîmer le matériel. Elle s'intéresse aux images représentant des animaux et des images colorées au style enfantin.</p> <p>Intention esthétique : elle cherche à ressentir les choses (Art I) puis cet élan est coupé rapidement et s'oriente vers une recherche de signification (Art II) et de conformité. Celui-ci n'est pas satisfait, se retrouvant bloqué par ses incapacités. Un comportement de fuite peut s'observer alors. A la deuxième séance, elle semble se désintéresser de sa production. Elle refuse de la signer et ne veut pas la garder.</p> <p>Intention sanitaire : la patiente ne sait pas quoi attendre de l'art-thérapie. Elle ne veut pas gêner ou s'imposer. Elle montre néanmoins une volonté de s'engager et s'investit dans la prise de rendez-vous.</p>
		<p>Pénalités* : Mme Annick est pénalisée par ses déficits neurologiques qui la placent dans l'incapacité de réaliser des actes de la vie quotidienne dont elle semble être familière. Cette incapacité peut constituer une blessure de vie, dans la mesure où elle ne semble pas accepter cette perte de capacité. Souffrances : elle peut manifester une certaine gêne et donc un sentiment de honte, provoquant un sentiment d'inutilité sociale et un manque de confiance en soi, la bloquant dans son élan et sa poussée corporelle. Elle oscille entre le sentiment d'être hors-norme, la sensation d'être objet et sujet, elle ne veut pas gêner, elle peut s'affirmer mais ne semble pas s'autoriser à exister. Son amour de soi* semble être profondément fragilisé, renforcé par un sentiment d'insécurité, la bloquant dans l'accès à des saveurs gratifiantes.</p>

Figure 16 : tableau de l'état de base de Mme Annick

2) La stratégie thérapeutique a comme objectif général l'amélioration de l'élan de Mme Annick

Analyse thérapeutique	Choix d'une stratégie thérapeutique	<p>Objectifs généraux : favoriser l'ouverture sociale et le plaisir à être (saveur)</p> <p>Objectifs intermédiaires :</p> <p>Renforcer un sentiment de sécurité</p> <p>Encourager les prises d'initiatives et diminuer le sentiment d'échec</p> <p>Valoriser les capacités relationnelles</p>

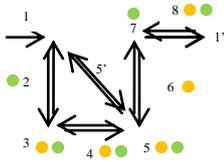
	 <p>Boucle de renforcements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 -> 3 - 4 - 5 • 3 - 4 - 5 - 6 • 7 -> 3 - 4 - 5 -> 8 	<p>● Sites d'actions* au regard de l'OA : anxiété et praxie prenant sa source en phase 3 et 4 et s'observent en phase 6 et 8. Elan corporel restreint s'observant en 5 puis en 6.</p> <p>● Cibles thérapeutiques* : une sensorialité efficiente prenant sa source en 2 et 3 pouvant s'observer en 5 par des prises d'initiatives même restreintes et par ses capacités à s'engager. Des centres d'intérêt et des capacités de mémorisation en 4. Des capacités relationnelles et d'affirmation prenant leur source en 4 et s'observant en phase 8. Un intérêt pour l'objet « matériel » observé pouvant se situer en 7.</p> <p>● Boucle de renforcement : proposer la réalisation d'un projet ayant du sens pour la patiente, tel que la décoration d'un objet, répondant à une utilité (4), pour favoriser les gratifications sensorielles (3) et libérer l'élan (5). Faciliter ainsi les initiatives (5, 6) et favorisant une implication par rapport à sa production (rapport 3,4/7). Toucher ainsi l'amour de soi* et la confiance en soi*, contribuer à renforcer le sentiment de sécurité, espérant ainsi impacter ses capacités relationnelles (8).</p>
<p>Items* et faisceaux d'items* d'observation :</p>		<p>Langage non verbal : contact visuel, sourires, regards sur le côté, initiatives Communication verbale : discussion initiée. Auto-évaluation de l'humeur, de la douleur et de l'esthétique* via le cube harmonique Rapport à la production</p>
<p>Moyens</p>		<p>Dominantes artistiques : arts plastiques (peinture et collage) Phénomènes associés voulus : discussion spontanée</p>
<p>Type de séance</p>		<p>Séances individuelles hebdomadaires Séance collective potentiellement envisageable Durée moyenne : 30 minutes</p>
<p>Méthode</p>		<p>Semi-dirigée, exercice, thérapeutique</p>

Figure 17: tableau de l'analyse thérapeutique de la situation de Mme Annick

3) Le déroulement des séances permet d'observer l'engagement de Mme Annick dans la prise en soin

<p>Séance n° 1. Objectifs: susciter l'intérêt pour une activité, favoriser la discussion spontanée. Date : 13/07/2016 Météo : chaud et nuageux Durée : 30 min Méthode : ouverte, révélatrice, thérapeutique</p>
<p>Les auto-évaluations ne sont pas encore mises en place. Mme Annick exprime à l'orthophoniste le fait d'attendre le rendez-vous avec l'art-thérapeute et ne veut pas être en retard. Elle est souriante à mon arrivée, me regarde dans les yeux et me demande comment je vais. Une place importante est laissée à la discussion, en prenant comme support son environnement et ses préoccupations (la plante verte dans sa chambre, ce qu'elle regarde à la télé...). L'image donnée la dernière fois est cachée sous une pile de compresses. Mme dit spontanément qu'elle préfère des images sur les chevaux vues la dernière fois. Nous les regardons, elle en choisit une. Après hésitation, elle accepte que j'aie la photocopier pour la lui donner. Elle découpe l'image suite à ma proposition. Elle commence ensuite à regarder sur le côté et refuse de découper d'autres images ou d'envisager une suite. « On la laisse là ». Je décide de changer d'activité et propose un jeu de scrabble. Elle accepte tout en disant qu'elle ne sait pas jouer. Volontaire, elle saisit les pièces et les dispose sur le plateau puis hésite (mais ne regarde pas sur le côté). Elle me dit ensuite qu'elle aimerait apprendre à faire des mots croisés, qu'elle aimerait avoir le journal tous les jours comme avant mais personne ne lui apporte. Elle participe au rangement du matériel, me demande de revenir la semaine prochaine plutôt que le lendemain.</p>
<p>Bilan : Madame se sent assez en confiance pour initier des conversations et s'intéresser à l'autre. Elle montre un bon contact visuel, sourit, met en avant ses capacités relationnelles et fait des demandes à partir de ses intérêts (image de cheval, journal, mots croisés). Elle manifeste des intentions mais se trouve rapidement bloquée dans ses actions. La proposition de jeu de scrabble (vue en amont avec l'orthophoniste) a révélé une erreur de ma part quant à la réalisation de l'état de base. Elle n'a plus accès à la lecture. Une mise en échec a pu alors se présenter, mais Mme Annick a saisi cette activité, correspondant à ses intérêts et son envie de conformité, pour évoquer ses habitudes et ses envies. Il est important de répondre aux demandes de Mme Annick mais aussi de lui proposer une activité qui ne la mettra pas en échec.</p>

<p>Séance 2 : objectifs : maintenir le lien de confiance, favoriser la discussion spontanée et valoriser les capacités relationnelles, favoriser l'implication dans une activité gratifiante et les prises d'initiatives.</p> <p>Date : 20/07/16 Météo : chaud, pièce sombre. Durée : 30 min, Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique</p>
<p>A l'accueil, la patiente est dans son lit, se lève avec l'aide de l'aide-soignante et fait un passage aux toilettes. Son contact visuel est bon, elle dit avoir chaud, mais ne pas se sentir fatiguée. Elle se souvient des idées évoquées la dernière fois et me demande les mots croisés. Nous regardons le journal, elle désigne les mots fléchés. Nous commençons l'activité, je propose beaucoup d'étayage. Elle sourit lorsque je lui dis que je ne suis pas forte pour faire des mots croisés. Elle se désinvestit rapidement de l'activité. J'évoque alors l'image de chevaux restée dans sa chambre. Je lui propose de s'en servir pour décorer un objet, en lui proposant de choisir entre trois différents : une boîte de mouchoirs, un petit miroir, un coffret. Elle choisit sans hésiter le coffret. Elle regarde des images, choisit et découpe. Elle colle les images en manipulant un pinceau et de la colle liquide. Elle comprend qu'on peut passer la colle par-dessus l'image, place l'image de manière adaptée par rapport au support. Ses gestes sont brefs. Elle mobilise ses deux mains et enchaîne les actions respectant un ordre cohérent, découpe les bords d'elle-même. Elle ne regarde pas sur le côté, ne fait pas de soupirs. Je décide d'arrêter l'activité au bout de 10 min pour rester sur ce point positif. Elle ne regarde pas sa production et me dit de l'emporter sur mon chariot. Elle ne se saisit pas de l'outil d'auto-évaluation, détourne le regard en répondant « oui, oui » à la question « est ce que cela vous plaît ? »</p>
<p>Bilan : La patiente peut se sentir rassurée de voir que ses envies sont prises en considération (grâce au journal). La difficulté pour lire est contournée, les mots croisés servent uniquement de support pour le lien de confiance. Elle peut aussi se sentir rassurée quand elle comprend que la thérapeute a aussi des difficultés pour réaliser un exercice. Elle manifeste de l'implication pour l'activité par ses choix et ses actions initiées. Son rapport à la production reste peu investi pour autant, une certaine gêne s'observe au moment de l'auto-évaluation.</p>
<p>Séances 3 : objectifs favoriser la discussion spontanée et valoriser les capacités relationnelles, favoriser l'implication dans une activité gratifiante et les prises d'initiatives.</p> <p>Date : 27/07/2016 Météo : Soleil. Durée : 40 min, Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique</p>
<p>La cadre de santé me dit en amont que Mme Annick lui a parlé d'une « petite maison » qu'elle fait avec l'art-thérapeute. L'aide-soignante aide Mme Annick à se lever de son lit et me dit constater que la patiente a le sourire et est agréable. Elle est souriante à l'accueil. Auto-évaluation de début de séance : humeur « moyen » et douleur : « aucune ». Dix minutes sont consacrées à un échange spontané avec pour support la télévision, les actualités, le journal, une carte postale reçue de sa sœur qu'elle me permet de lire. Elle évoque d'autres résidents, le fait qu'elle mange au restaurant car sa sœur dit qu'il ne faut pas qu'elle soit isolée. Je propose ensuite de continuer le projet de décoration. « On collait » dit-elle. Elle s'implique moins dans les choix d'images, découpe et colle trois images de la même manière que la séance précédente, manifeste ensuite des regards sur le côté. Elle ne saisit pas l'outil d'auto-évaluation, détourne le regard en répondant « oui, oui » de la même manière que la séance précédente. Auto-évaluation de fin de séance : humeur : « moyen » et douleur : « aucune »</p>
<p>Bilan : Une ouverture sociale est observée par l'art-thérapeute ainsi que par les autres soignants. La discussion spontanée est favorisée, ses capacités relationnelles sont mobilisées, la patiente semble prendre du plaisir à échanger. Peut être qu'un jeu théâtral pourrait contribuer à valoriser ses capacités relationnelles ? Madame Annick montre également une implication dans le projet artistique notamment en le restituant à l'extérieur des séances. Il est cependant difficile d'évaluer les gratifications ressenties par la patiente durant l'action car les auto-évaluations ne semblent pas efficaces (avec support visuel ou une question posée oralement) et, parce que le comportement de la patiente montre un décalage entre l'intention et l'action.</p>
<p>Résumé des séances 4 à 6 : objectifs : valoriser les capacités relationnelles, favoriser l'implication dans une activité gratifiante et les prises d'initiatives.</p> <p>Date : du 3/08 au 17/08 Durée moyenne : 25 min Météo : normale, sans impact particulier</p> <p>Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique</p>
<p>La patiente demeure ouverte à la discussion. Elle me parle notamment des autres soignants et résidents, est à l'écoute de ce qu'ils disent dans le couloir. Elle initie elle-même l'activité en regardant et en tendant la main vers le chariot. Elle fait du collage puis de la peinture pour décorer le même support. Les signes de désintérêt ou de gêne apparaissent au bout de 10 minutes. Elle arrête par elle-même. Elle s'implique dans le choix des images qui sont variées. Ses gestes sont brefs et peu précis. Elle apprécie qu'on l'aide, apprécie contempler les actions du thérapeute, prend des initiatives pour ranger le matériel ou quand elle n'est pas regardée. Le théâtre est essayé durant une minute en fin de séance, mais cela accentue ses troubles du comportement. En séance 4, elle me dit s'être rendue au service animation. En séance 5, elle affirme vouloir garder la boîte dans sa chambre. Elle l'utilise entre les séances, range des objets dedans. Elle regarde davantage sa production et l'auto-évalue. En séance 4 : elle auto-évalue sa production : « un peu » bien, « beau » et « agréable ». En séance 5 : pas d'évaluation. En séance 6 : « beau », « moyennement bien » et « très agréable ». Elle auto-évalue son humeur et sa douleur en début et fin de séance. Séance 4 : humeur : « moyen » et douleur : « aucune » ; séance 5, Humeur « moyen/bien » Douleur : « moyen » ; séance 6 : humeur : « bien » ; douleur : « faible ». Parallèlement à cela, la patiente progresse en rééducation et est stimulée par l'équipe médicale pour poursuivre ses efforts en chambre. En séance 6, j'observe que la patiente se déplace en marchant dans sa chambre avec l'aide d'un déambulateur.</p>
<p>Bilan : Elle s'ouvre socialement et parle des autres autour d'elle. Une séance collective pourrait être envisageable pour répondre à son envie d'aller vers les autres. Des prises d'initiatives sont présentes et favorisées quand elle n'est pas regardée. Son rapport à la production se modifie et révèle aussi son implication. Une évolution s'observe dans ses auto-évaluations d'humeur, de douleur et esthétique. Les gratifications semblent davantage être en lien avec le rapport à sa production qu'à l'action en elle-même.</p>

<p>Séance 7 Objectifs : valoriser les capacités relationnelles et d'engagement, favoriser l'implication dans une activité gratifiante et les prises d'initiatives. Date : 24/08/16 Météo : forte chaleur / climatisation Durée 20 min, Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique</p>
<p>A l'accueil, la patiente ne sourit pas, elle semble présenter une grande fatigue, son teint est blanc. Elle se tient tout de même disponible pour la séance. Elle répond « moyen » dès qu'elle me voit saisir l'échelle d'auto-évaluation de l'humeur. Elle auto-évalue sa douleur à « faible ». Elle discute, pose des questions orientées et adaptées, mais s'adresse à moi en utilisant la troisième personne : « elle est toute bronzée ». Elle évoque le projet en cours mais ne désire pas passer à l'action. La boîte est dévissée, je la répare devant elle. Mme Annick observe l'action, sourit, puis parle des objets présents dans sa chambre, dont ses peluches. Rapidement, elle présente des crispations, regarde vers l'extérieur, parle sans s'adresser à moi directement. Les auto-évaluations de son humeur et de sa douleur sont les mêmes qu'en début de séance. Par ailleurs, elle accepte sans hésitation de participer à une séance collective et se montre attentive pour les points d'organisation. D'autre part, la patiente est informée que la fin de la prise en charge en art-thérapie approche. L'équipe médicale a constaté que Mme Annick parle seule de manière très régulière depuis quelques jours. La psychologue est en vacances. Je ne sais pas si son traitement médical a changé.</p>
<p>Bilan : la forte chaleur peut avoir contribué à son état de fatigue. Elle ne désire pas être dans l'action, ses troubles du comportement se sont fortement manifestés. Peu de prises d'initiatives sont donc observées. Les gratifications sensorielles semblent être en lien avec ses troubles du comportement. Son envie de se tourner vers l'extérieur semble tout de même présente.</p>
<p>Séance 8 collective ; objectif : favoriser l'élan, observer les capacités d'engagement, valoriser les capacités relationnelles dans un cadre convivial avec un autre patient. Date : 25/08/16 Météo : forte chaleur / climatisation Durée 30 min, Méthode : semi-dirigée ; thérapeutique ; pas d'orientation préétablie.</p>
<p>Mme Annick se rend seule au service animation pour la séance collective, après sa séance en ergothérapie qui se trouve juste à côté. Elle est souriante. Sa boîte est posée sur ses genoux, elle a donc été montrée en ergothérapie. Elle se referme face à l'autre patient, elle ne s'adresse pas à lui, ne lui sourit pas, ne commente pas sa production. Elle se montre volontaire pour passer à l'action, attentive à mes propositions, puis s'arrête. Elle dit « oui » et son langage non verbal semble dire « non ». Elle prend des initiatives quand je ne la regarde pas. Elle ne regarde pas l'autre patient. Son langage corporel suggère un repli sur soi. Elle semble peu rassurée, anxieuse. Je lui propose de retourner dans sa chambre, elle hésite un instant puis accepte. Elle refuse d'emporter avec elle sa production. Je la raccompagne. Elle me confie ne pas vouloir participer à une autre séance collective. Je reviens cinq minutes plus tard dans sa chambre avec sa production. Elle tend les bras vers elle, sourit et s'exclame « ah ma petite boîte ! ». Elle auto-évalue son humeur à moyen et sa douleur à faible, uniformément, en début et en fin de séance.</p>
<p>Bilan : La patiente a montré son engagement en se rendant seule à la séance collective et en manifestant ses intentions pour participer. Mme Annick a fourni un grand effort et a exposé (consciemment ou non) sa démarche et sa production aux autres. Le passage à l'action devient ensuite compliqué. J'observe un essoufflement qui semble non maîtrisable pour la patiente et qui peut être lié au regard de l'Autre. La séance de groupe a mis Mme Annick mal à l'aise. Le fait que le patient soit un homme pourrait y avoir joué un rôle, même si des précautions⁵² ont été prises, ainsi que la chaleur et l'état de fatigue de la patiente. Un fort décalage entre les intentions et les actions est observé, bloquant les prises d'initiatives et donc les gratifications sensorielles liées à l'activité artistique. Les gratifications sensorielles semblent davantage provenir de la production en elle-même, qu'elle s'approprie. Sur le moment, je ne lui demande pas d'auto-évaluer sa production avec les supports visuels, pensant que sa réaction spontanée est suffisante pour mes observations.</p>
<p>Séance 9 ; Objectif : terminer la production, faire le bilan de la prise en charge. Date : 24/08/16 Météo : forte chaleur / climatisation Durée 20 min Méthode : semi-dirigée ; thérapeutique ; pas d'orientation préétablie.</p>
<p>Mme Annick m'accueille avec le sourire. Auto-évalue son humeur à « bien » et sa douleur à « faible » en début et en fin de séance. Un large temps est consacré à la discussion. Elle m'évoque ses préoccupations quant à la sortie de l'établissement. Sa réunion PIII* a lieu le lendemain, elle espère pouvoir dire ses inquiétudes : « je ne sais pas quand ils vont me laisser sortir ? ». Je lui réponds de ne pas s'inquiéter, que toute l'équipe est bienveillante. Je lui propose de terminer son projet artistique. Il ne reste plus qu'à le signer, ce qu'elle accepte. Elle signe également une autorisation de photographe, la photo est prise à ce moment là. Elle regarde sa production, dit désirer la garder. Elle auto-évalue sa production d'un point de vue esthétique* : « beau » ; « bien » et « agréable ». Elle évalue la prise en charge globale en art-thérapie comme étant « agréable », puis évoque l'animatrice et son envie de se rendre au service animation où elle fait de la peinture.</p>
<p>Bilan : La patiente signe sa production, l'auto-évalue et se l'approprie. L'ensemble de la prise en charge est perçu comme agréable. Un outil d'évaluation globale avec support papier aurait été pertinent pour procéder à cette évaluation, mais je n'ai pas voulu la mettre face à de la lecture. Son début d'engagement au service animation peut indiquer une amélioration de l'élan corporel en lien avec une saveur positive.</p>

Figure 18 : tableaux du descriptif des séances de Mme Annick

⁵² Informée en réunion de synthèse que Mme Annick se lie d'amitié avec un patient masculin qui n'a pas pu être présent ce jour là. Informée également que Mme Annick était en demande de séance collective notamment en orthophonie.

4) Le bilan de la prise en soins met en évidence une évolution positive du comportement de Mme Annick

Evaluation	De l'entourage	Depuis deux mois, l'équipe médicale observe un changement de comportement de la patiente. Selon les aides soignantes, elle est nettement plus agréable, discute davantage, n'est plus agressive verbalement. Elle n'observe plus de crainte au moment du transfert, elle prend un peu plus d'initiatives, continue de marcher en déambulateur.																																								
	Du patient	L'ensemble de la prise en charge est auto-évaluée comme « agréable »																																								
	De l'Art-thérapeute	<p>Objectifs généraux : favoriser l'ouverture sociale et le plaisir à être (savourer)</p> <p>Objectifs Intermédiaires : Renforcer un sentiment de sécurité, Encourager les prises d'initiatives et diminuer le sentiment d'échec. Valoriser les capacités relationnelles</p>	<p>Evolution de l'ouverture sociale et du plaisir à être de Mme Annick</p> <table border="1"> <caption>Evolution de l'ouverture sociale et du plaisir à être de Mme Annick</caption> <thead> <tr> <th>Séance</th> <th>Humeur (Disponibilité)</th> <th>Initiatives (Passage de l'intention à l'action)</th> <th>Rapport à la production</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>S1</td><td>3.5</td><td>2.5</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>S2</td><td>3.5</td><td>3.0</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>S3</td><td>4.0</td><td>3.0</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>S4</td><td>4.0</td><td>3.0</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>S5</td><td>3.5</td><td>4.0</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>S6</td><td>4.0</td><td>4.0</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>S7</td><td>3.0</td><td>3.0</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>S8 collective</td><td>3.0</td><td>3.0</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>S9</td><td>4.5</td><td>4.5</td><td>4.5</td></tr> </tbody> </table> <p>Faisceau d'items de l'Humeur : Modalités d'expressions négatives (regards sur le côté, crispations, parle seule, soupire) vs modalités d'expressions positives (Discussion, contact visuel, sourire) 1 : Modalités d'expressions négatives uniquement 2 : Modalités d'expressions négatives présentes, n'empêche pas totalement la discussion. 3 : Modalités d'expressions négatives peu présentes, au moins une modalité d'expression positive observée 4 : Les trois modalités d'expressions positives sont présentes et prédominent sur les modalités négatives 5 : Les trois modalités d'expressions positives prédominent tout le long de la séance.</p> <p>Faisceau d'items de l'initiative (passage de l'intention à l'action) 1 : pas de prise d'initiative 2 : une ou deux prises d'initiatives, principalement cachées du regard de l'autre 3 : plus de deux prises d'initiatives, principalement cachées du regard de l'autre 4 : plus de deux prises d'initiatives, communiquées 5 : plus de deux prises d'initiatives, communiquées, suivies d'une action maintenue et adaptée.</p> <p>Faisceau d'items du rapport à la production (élan/engagement/amour de soi) 1 : Refuse l'auto-évaluation, fuyante 2 : Indifférente, dis « oui, oui » 3 : Regarde sa production, la confie au thérapeute, l'évoque en dehors des séances 4 : Se l'approprie, veut la garder, l'utilise en dehors des séances 5 : L'auto-évalue, se l'approprie, la montre aux autres.</p> <p>Production de la patiente réalisée sur 7 séances :</p> <p>Bilan : les troubles du comportement peuvent altérer ses perceptions mais ne l'empêchent pas de maintenir un contact social de manière assez régulière (sauf en séance 7). Son humeur et les prises d'initiatives ont évolué positivement, exceptée en séance 7 et 8 où les grandes chaleurs ont pu impacter son humeur. Cela dit, sur 9 séances au total, on note une évolution significative dans l'investissement de la patiente face à sa production. Elle se l'approprie, y met une valeur affective, la signe, l'auto-évalue. Ces éléments sont en faveur de l'objectif de favoriser l'ouverture et le plaisir à être, en résonnant avec le phénomène de l'engagement, révélateur d'un élan et de l'amour de soi qui a pu s'enrichir sensiblement⁵³. Projection : la stratégie thérapeutique a pu raviver les affects de la patiente, mettant ensuite au premier plan sa problématique sociale en lien avec le regard de l'autre. Il semble à ce sujet que la patiente n'était pas prête pour la séance collective. Un nouveau site d'action en phase 8 se dessine alors, pouvant justifier de continuer la prise en charge.</p>	Séance	Humeur (Disponibilité)	Initiatives (Passage de l'intention à l'action)	Rapport à la production	S1	3.5	2.5	2.0	S2	3.5	3.0	3.0	S3	4.0	3.0	3.0	S4	4.0	3.0	3.0	S5	3.5	4.0	4.0	S6	4.0	4.0	4.0	S7	3.0	3.0	3.0	S8 collective	3.0	3.0	3.0	S9	4.5	4.5
Séance	Humeur (Disponibilité)	Initiatives (Passage de l'intention à l'action)	Rapport à la production																																							
S1	3.5	2.5	2.0																																							
S2	3.5	3.0	3.0																																							
S3	4.0	3.0	3.0																																							
S4	4.0	3.0	3.0																																							
S5	3.5	4.0	4.0																																							
S6	4.0	4.0	4.0																																							
S7	3.0	3.0	3.0																																							
S8 collective	3.0	3.0	3.0																																							
S9	4.5	4.5	4.5																																							

Figure 19 : tableau et graphique de l'évaluation de la prise en charge de Mme Annick

II. La présentation du suivi de M. Robert montre que l'art thérapie à dominante peinture peut lutter contre l'apathie* et l'apragmatisme*

1) L'état de base de M. Robert, victime d'un Accident Vasculaire Cérébral, révèle une situation d'apathie*

« L'avant »	L'indication	Favoriser l'expression et les prises d'initiatives
-------------	---------------------	--

⁵³ Se référer à la boucle de renforcement de l'engagement développée en page 26.

L'anamnèse médicale	M. Robert est entré au Clos St Victor le 10 mai 2016 suite à un AVC* ischémique sylvien droit total survenu au mois de mars 2016, après avoir fait un effort considérable pour soulever sa moto sur le parking de son travail. Ceci a causé chez lui une hémiplegie* importante de l'hémicorps gauche et une héminégligence* à gauche. Il n'a pas de trouble de la mémoire. Il se trouve actuellement très dépendant pour les actes de la vie quotidienne, besoin d'assistance pour la continence* et les transferts. La texture de ses aliments est normale. Il est installé en fauteuil roulant et vient d'avoir une double commande lui permettant de se déplacer avec indépendance mais ne l'utilise pas encore de lui-même. L'équipe constate qu'il s'exprime très peu, il ne se plaint jamais, exprime peu ni ses douleurs, ni ses besoins et envies. Il est décrit par l'équipe de soins comme apragmatique* et apathique*, n'exprimant que peu de désirs et très peu de prises d'initiatives. Il suit un traitement d'antidépresseurs* et de décontractant musculaire, car ses muscles restent contractés (spastiques). L'équipe médicale et sa femme constatent qu'il peine à prendre connaissance de la réalité. Sa femme a constaté « une différence entre ce qu'il veut faire et peut faire » et se montre très inquiète à propos de l'avenir. Il est difficile d'évaluer la connaissance qu'il a de ses troubles. D'après l'orthophoniste, « il pense pouvoir reprendre son travail bientôt ». Les objectifs de soins globaux de l'institution sont : « retour à l'autonomie*, retour au domicile avec plan d'aide matériel et humain, accès aux loisirs ».
L'anamnèse familiale	M. Robert a 60 ans, il se trouve à deux ans de la retraite. Il est marié, a deux filles et un petit fils. Il est éducateur spécialisé de profession et sa femme est assistante sociale. Il vit avec sa femme dans un appartement en centre ville de Tours. Il aime la musique et pratiquait le saxophone avant son accident.

Figure 20 : tableau de « l'avant » : indication, anamnèse médicale et familiale de M. Robert

Séance d'ouverture le 29/06/2016	Durée : 55 min
Objectifs :	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Rencontrer M. Robert et lui présenter l'Art-thérapie ✚ Commencer à établir un lien de confiance, créer un échange avec M. Robert en utilisant un support artistique. ✚ Observations pour dresser l'état de base 	
Dominante artistique : contemplation de peinture	
Phénomène associé : chaleur	
Méthode : ouverte – révélatrice – pas d'orientation préétablie	
Déroulement de la séance	
<p>Je rencontre M. Robert à la fin de sa séance de kinésithérapie et le raccompagne dans sa chambre. Il ne me regarde pas, sa posture est figée, il est immobile, le ton de sa voix est atone, ne fait aucun sourire. Je présente l'art-thérapie, comme une prise en soins proposée en utilisant la pratique artistique, avec des rendez-vous hebdomadaires. Il dit connaître l'art-thérapie et accepte tout de suite la proposition de prise en charge. Le rendez-vous est pris pour le lendemain à 16h30.</p> <p>A mon arrivée dans sa chambre, M. Robert est en train de manipuler ses CD de musique, il dit ne pas parvenir à se servir du poste audio. Il refuse mon aide, préférant s'intéresser à ce que je peux lui proposer. Dans sa chambre il y a des revues de « Charlie hebdo » et des livres de Nietzsche. Je lui propose de regarder des images de peintures. Il regarde longuement et commente : « on dirait Picasso ». Je lui demande lesquels il préfère, il désigne des peintures colorées faites au couteau, je coche les différentes images désignées. Je lui explique la technique utilisée pour ces tableaux, lui parle de Nicolas de Staël, un peintre connu pour utiliser la peinture au couteau. Il est attentif. Je lui montre les outils et lui propose d'essayer. Il accepte sans hésitation. A l'installation, il touche la planche en liège placée en pupitre devant lui. Je place le modèle à sa droite pour qu'il puisse bien le voir. Il cherche à reproduire le modèle. Il trace une ligne d'horizon de la main droite, un trait droit de qualité de gauche à droite sans être gêné par son héminégligence*. Son regard et sa posture sont orientés vers le plan de travail en pupitre, il se tient droit. Il cherche à être précis pour situer les éléments sur la feuille et pour le choix des couleurs. Je ne propose que les couleurs primaires, M. Robert suggère de mélanger le rouge et le jaune pour faire l'orange, puis le jaune et le bleu pour faire le vert. Il se concentre uniquement sur le côté droit de la feuille, il remplit à gauche sous mes sollicitations (j'y fais quelques points de couleurs). Il superpose des couches épaisses de peinture avec le couteau, enchaîne les actions avec lenteur. Il regarde le modèle et commente « ce n'est pas tout à fait pareil ». La séance se termine à mon initiative au bout de 50 minutes (30 minutes de mobilisation attentionnelle et motrice). Il exprime par des mimiques faciales une douleur à la main gauche et dit « heureusement que je peins avec ma main droite ». Suite à une sollicitation de ma part, il regarde sa production de loin. A la question « qu'en pensez-vous ? » il répond « oui, c'est agréable » (2 x) ; « c'est agréable car les couleurs ne se mélangent pas ». Il est d'accord pour que je l'affiche au mur. Au moment de partir il me dit « à bientôt ».</p>	
Bilan : M. Robert a accepté le suivi en art-thérapie en disant qu'il connaît. Le lien de confiance commence à s'établir. De nombreux éléments me permettent de dresser un état de base présenté dans le tableau suivant.	

Figure 21: tableau de la séance d'ouverture de M. Robert

La rencontre	L'état de base	<p>Capacités sensorielles : il ressent des douleurs neurologiques à droite de son corps. Le déficit attentionnel de l'héminégligence* rend la perception de tout ce qui est à gauche de M. Robert très difficile. Par négligence, il ne voit pas, ne sent et n'entend pas les éléments extérieurs à lui, ni les éléments intérieurs tels que la douleur, la température. Il peut percevoir si son attention est fortement attirée ou focalisée, comme ça a été le cas pour tracer la ligne d'horizon de sa production.</p> <p>Capacités psychomotrices : le patient est droitier. Ses muscles sont contractés. Son bras et sa jambe gauche sont paralysés. Il présente une certaine lenteur pour amorcer un mouvement. Aspect physique : se tient droit, petit et chétif. Craniotomie* apparente.</p> <p>Capacités cognitives : l'héminégligence* altère ses capacités attentionnelles. Sa mémoire est préservée, il a donc accès à ses connaissances et sait les mobiliser. Dans ce sens, il peut donc verbaliser des initiatives. Il semble cependant présenter une certaine lenteur idéatoire. A l'intérieur de l'activité artistique il enchaîne les actions en étant semi guidé malgré l'apragmatisme* indiqué. A son rythme, il parvient à se mobiliser pendant 30 minutes.</p> <p>Capacité d'expression : langage non verbal : le patient montre une certaine immobilité et raideur. Les yeux sont dans le vague, pas de sourire, pas de contact visuel. Langage verbal : sa voix est atone (pas de nuance). N'exprime pas ses ressentis ni ses douleurs, sauf quand la douleur est vive.</p> <p>Communication : le patient peu initier une conversation de temps en temps. Il répond aux questions des autres très sobrement. Il n'entend pas toujours ce qui lui est dit du fait de son déficit attentionnel.</p> <p>Capacités relationnelles : M. Robert ne présente pas de troubles particuliers au niveau relationnel, il se montre respectueux, exprime peu son implication.</p> <p>Comportement psychoaffectif : il n'a pas conscience de son héminégligence*. Il n'exprime pas ses émotions*, montre peu d'implication émotionnelle et affective, tant par rapport à son état soudain de santé que par rapport à sa famille.</p> <p>Goûts/intérêts : d'après les éléments observés dans sa chambre, le patient aime la littérature, la philosophie, s'intéresse à la politique, à la culture et à la musique. Il aime également la peinture.</p> <p>Intention esthétique : Il montre une attirance esthétique et une curiosité artistique qui le stimule. Son attirance pour l'art semble contourner sa difficulté à se saisir des sensations, il touche les supports, observe longuement les couleurs, manifeste des comportements propres à l'Art I*. De même, il semble apprécier découvrir et apprendre des nouvelles choses et montre l'intention de reproduire le modèle. Ce comportement est caractéristique de l'Art II*.</p> <p>Intention sanitaire : le patient fait tout ce qu'il faut pour se soigner parce qu'il sait que c'est bien pour lui. Il accepte toutes les propositions, sans jamais exprimer sa souffrance ni ses ressentis.</p>
		<p>Pénalités* : M. Robert présente une situation de maladie* que constitue l'Accident Vasculaire Cérébrale, impliquant un risque de séquelles et l'installation possible de la situation de dépendance* physique.</p> <p>Souffrances : l'état de maladie* suggère une angoisse de la mort et une baisse de la qualité de vie*. M. Robert se trouve dans une situation de crise, où rien n'est définitif, où l'incertitude est présente. Il est dans une situation de dépendance physique pouvant favoriser le sentiment d'être un objet. Des troubles cognitifs et de l'humeur viennent modifier son rapport à la réalité. Il présente une perte de l'élan moteur caractéristique, de l'apathie*, ainsi qu'une perte de la saveur existentielle. Il n'exprime plus ses ressentis et émotions*, ni ses douleurs physiques et ses besoins.</p>

Figure 22 : tableau de l'état de base de M. Robert

2) L'objectif thérapeutique général fut orienté sur la restauration de l'élan vital

Analyse thérapeutique	Choix d'une stratégie thérapeutique	<p>Objectifs généraux : restaurer l'élan vital</p> <p>Objectifs intermédiaires :</p> <p>Favoriser les gratifications sensorielles</p> <p>Favoriser la poussée corporelle</p> <p>Favoriser l'expression des ressentis</p> <p>Améliorer son rapport à son environnement (équilibre fond/forme)</p>
	<p>Boucle de renforcements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5' - 3 - 4 - 5 • 3 - 4 - 5 - 6 • 7 -> 3 - 4 - 5 - 6 -> 8 	<p>● Sites d'actions* au regard de l'OA* : les phases 3 et 4 sont touchées par l'héminégligence* compliquant le rayonnement des objets autour de lui en phase 2. Sa difficulté à ressentir et donc à prendre conscience, ainsi que son manque d'expression émotionnelle altèrent son élan et surtout sa poussée corporelle, rendant les prises d'initiatives moins évidentes en phase 5. Une différence entre ses intentions (en phase 3 et 4) et les actions qu'il parvient à mettre en place (en phase 5 et 6) est donc observée.</p> <p>● Cibles thérapeutiques* : la phase 4 est aussi une cible thérapeutique car le patient a préservé sa mémoire, ses connaissances, ses goûts et son envie d'apprendre. Ceci résonne en phase 3, où sa sensibilité esthétique* est mobilisée et devient un facteur motivant. Sa structure corporelle est également mobilisable, sa capacité à se mobiliser (différente de la concentration) sur une activité est assez importante (environ 30 minutes), ceci prend sa source en 4 et s'observe en phase 6. Ainsi, si le rayonnement des objets est difficile en phase 2, la contemplation</p>

	<p>volontaire en phase 5' et en 7 peut être un point positif et stimulant, ainsi que son rapport aux autres qui, malgré une difficulté à percevoir et interagir, ne semble pas bloquer la phase 8 car n'empêche pas l'envie d'être en lien avec autrui.</p> <p>● Boucles de renforcement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En partant de l'acte contemplatif (5') et en s'appuyant sur la sensibilité et la curiosité esthétique* du patient (3 et 4), l'art-thérapie devrait pouvoir exploiter le potentiel éducatif et entraînant de l'Art pour favoriser l'expression de M. Robert, tant verbalement que corporellement (5). ● A l'intérieur de la pratique artistique, M. Robert aura la possibilité d'exprimer ses ressentis en exploitant l'Art I* (3) et de s'exprimer par ses choix, ses goûts, son style. Ses intentions esthétiques peuvent favoriser la poussée corporelle, susciter l'élan moteur, facilitant l'organisation et l'enchaînement des actions (4, 5 et 6). L'apport d'un support visuel, tel que le modèle en point de départ, pourra soutenir l'accord entre l'intention et l'action et solliciter ses capacités à percevoir la réalité et sa faculté critique*. ● De séance en séance, le fait de contempler sa production (7) et d'envisager une suite peut stimuler son envie de progresser. Ceci peut constituer une boucle de renforcement, lui donnant l'envie de partager cela avec d'autres patients ou avec sa famille (8).
Items* et faisceaux d'items* d'observation :	<p>Réactions à l'Art I* et aux gratifications sensorielles : contempler, toucher, commentaires spontanés (ex : c'est agréable »).</p> <p>Initiatives : idées verbalisées et poussées corporelles.</p> <p>Rapport au modèle : références au modèle, volonté d'y être fidèle ou détachement, faculté critique*.</p> <p>Auto-évaluation de son humeur et de sa douleur</p> <p>Auto-évaluation esthétique « bon », « beau », « bien ».</p>
Moyens	<p>Dominantes artistiques : peinture</p> <p>Phénomènes associés voulus : musique (pour son pouvoir entraînant et les gratifications sensorielles).</p>
Type de séance	<p>Séances individuelles hebdomadaires.</p> <p>Séance collective potentiellement envisageable.</p> <p>Durée moyenne : 50 minutes.</p>
Méthode	Semi-dirigée, exercice, thérapeutique et didactique*

Figure 23 : tableau de l'analyse thérapeutique de la situation de M. Robert

3) Le déroulement des séances permet d'observer que l'Art est source de motivation* pour M. Robert.

<p>Séance n° 1 Objectifs: instaurer une relation de confiance, gratifications sensorielles, expression des ressentis, accompagner dans le rapport fond/forme</p> <p>Dates : 14/07 Météo : beau Durée: 50 min</p> <p>Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique et didactique*</p>
<p>Malgré deux semaines écoulées depuis notre rencontre, M. Robert sait que nous avons rendez-vous et m'attend dans sa chambre. Il souhaite reprendre le travail en cours resté affiché à son mur. Il regarde sa production et envisage la suite en se basant sur le modèle toujours fixé à sa droite: « il faut faire les arbres ».</p> <p>Il est installé en pupitre. Il essaie différents outils suite à mes propositions pour réaliser les arbres. Sa structure corporelle est adaptée à l'activité. Il oublie régulièrement la partie gauche de la feuille et accumule des couches de peintures à droite. Il cherche à bien faire, s'attarde aux détails et cherche des solutions pour que sa production ressemble au modèle. Il fait des longues pauses et n'exprime ses idées que sur mes sollicitations, après quoi il envisage une suite, et pense à élaborer des mélanges de couleurs avec. Je lui apporte les tubes de peintures appropriés. Il parle peu, j'observe une absence de mimiques faciales, de sourires et de contacts visuels. Soudainement, tout en peignant, il me pose une question sur ma profession, s'ouvre progressivement et me parle de sa profession à l'Aide Sociale à l'Enfance et la manière dont il a rencontré sa femme. Je lui demande si la rééducation n'est pas trop difficile, il répond alors « on s'endort en kiné et ça fait mal ». Il s'applique et mobilise son attention pendant une durée moyenne de 30 minutes. Il prend du recul régulièrement et dit spontanément « oui, c'est agréable » en touchant la peinture acrylique sèche sur sa feuille. Les auto-évaluations avec supports visuels ne sont pas encore mises en place. Il dit que ce n'est pas très beau car ça ne ressemble pas assez au modèle.</p>
<p>Bilan : l'équilibre entre le fond et la forme est recherché. Il se réfère au modèle pour réaliser et pour élaborer son jugement esthétique*. L'agréable, « le bon » est privilégié. Le « beau » dépend pour lui de la ressemblance au modèle, ce qui suggère donc un rapport particulier au « bien ». L'aspect didactique* lui apporte des gratifications sensorielles, de même que la contemplation des couleurs et le toucher de la matière. Il serait important de nourrir son envie d'apprendre et sa curiosité artistique. Il exprime des ressentis et communique. Mettre de la musique en fond pourrait amplifier les gratifications sensorielles.</p>

<p>Séance n°2 Objectifs: gratifications sensorielles, expression des ressentis, accompagner dans le rapport fond/forme</p> <p>Date: 28/07 Météo : beau Durée moyenne : 50 min Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique et didactique*</p>
<p>La séance n°2 était programmée pour le 21/07 mais M. Robert était venu me voir en me demandant de reporter car deux collègues venaient lui rendre visite. Sa femme me parle également : « il était mort, il ne l'est plus » s'interroge beaucoup sur leur futur, dit qu'il a toujours été à s'intéresser aux autres plutôt qu'à lui-même. Je valorise les compétences artistiques de son mari auprès d'elle et émet l'idée que son quotidien avec lui sera à réinventer. Le 28/07 monsieur Robert m'accueille dans sa chambre. Il est plus en mouvement, recherche son agenda et me demande d'inscrire le prochain rendez-vous dedans. Il auto-évalue son humeur à « bien » et sa douleur à « aucune ». Je lui propose de regarder un livre sur Nicolas De Staël. Il s'intéresse et le contemple longuement. Nous mettons un de ses CDS en fond, mais il s'implique peu dans le choix du CD et ne cherche pas à faire fonctionner le poste de lui-même. Il garde le fil de l'activité : « on avait dit qu'on repréciserait les arbres ». Il peine à voir certaines différences entre le modèle et sa production. Il pose néanmoins un regard critique sur sa production « c'est brouillon, ce n'est pas comme sur le modèle ». Il cherche des solutions pour améliorer les arbres et apprécie les conseils techniques. Je lui apporte les outils nécessaires. Il regarde sa production et estime qu'elle est terminée. Il la signe en bas à droite et dit qu'il va la garder et l'emmener chez lui. La production reste accrochée au mur en attendant. Il l'auto-évalue avec le support visuel comme étant « moyennement bien faite », « moyennement belle », mais qu'il était « agréable » de la réaliser. La deuxième partie de la séance permet d'amorcer un second projet. Je lui propose d'ouvrir une boîte d'objets à observer et à manipuler. M. Robert adopte un comportement assez passif. Puis il prend spontanément une petite boîte bordeaux et dit « j'aime bien cette couleur, il faudrait réussir à la reproduire ». Nous gardons ce projet en tête pour la prochaine séance, je lui propose d'arrêter à ce moment là, il accepte et dit avoir mal aux yeux. Son humeur est toujours bonne et la douleur « moyenne ».</p>
<p>Bilan et projections : Il exprime des gratifications sensorielles et une intention esthétique est orientée vers l'Art II me menant à ces auto-évaluations ajustées. Il mobilise ses capacités cognitives, sa faculté critique* et un rapport fond/forme globalement cohérent. Il serait pertinent d'aménager l'espace pour permettre à M. Robert de se saisir des outils seul pour mettre en action ses idées et favoriser l'indépendance. En fin de séance, il m'oriente lui-même pour la poursuite des projets artistiques et me démontre son intérêt pour la couleur. Son rapport assez passif face à la musique peut exprimer chez M. Robert un besoin de nouveauté.</p>
<p>Séances 3, 4 et 5 : objectifs : stimuler la sensibilité et la curiosité artistique, favoriser le choix, la prise de décisions et d'actions de manière indépendante, favoriser l'expression des ressentis.</p> <p>Dates : du 04/08 au 22/08 Météo : beau et chaud Durée moyenne : 40 min</p> <p>Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique et didactique*</p>
<p>M. Robert m'accueille dans sa chambre et me demande de noter les prochains rendez vous dans son agenda. Un contact visuel s'établit plus facilement. Il auto-évalue systématiquement son humeur comme étant « bonne » et sa douleur à « aucune » ou « faible ». En séance 3, je lui lis une courte biographie de Nicolas De Staël. M. Robert affirme qu'il s'en rappellera, ce qui sera le cas à la séance suivante pour les grandes lignes. Je lui propose des œuvres de Nicolas de Staël pour modèle, avec des violets et bordeaux semblables à celui qu'il avait repéré la séance précédente. Il désigne un nouveau modèle et cherche à reproduire les couleurs. Je propose une nouvelle musique en fond musical. Il dit apprécier la musique, s'intéresse à l'artiste, et la redemande à la séance suivante en se souvenant de son nom. Une palette avec les trois couleurs primaires sont mises à sa disposition à sa droite, laissant M. Robert autonome dans la création des couleurs. De nouveaux outils comme le rouleau lui sont proposés. Il essaie et affirme ensuite préférer le couteau. Il est installé avec un pupitre et procède par petites touches de couleurs. Il fait de longues pauses et reprend l'action après une sollicitation de ma part. Il persévère beaucoup à droite et superpose les couches de couleurs. Il se réfère moins au modèle. Il s'exprime sur la fatigue qu'il ressent en rééducation, sur le fait qu'il ne parle pas beaucoup aux autres patients car ils n'ont pas beaucoup de moments pour se parler. (Par ailleurs, il dit en réunion de PIII avoir besoin de convivialité). Il se plaint en fin de séances 3 et 4 de douleurs aux yeux. La séance dure alors moins longtemps. En séance 5, il revient d'une consultation ophtalmologique et me dit que son champ de vision a rétréci. En regardant sa production, il constate que la partie gauche de sa feuille a été oubliée. M. Robert contemple sa production et désire l'accrocher à son mur face à son lit. Je lui suggère de la regarder souvent et d'imaginer la suite. Il l'auto-évalue « moyennement bien » faite, « moyennement belle », et c'est « très agréable » de la réaliser. En fin de séance 5, il accepte de participer à une séance collective.</p>
<p>Bilan: M. Robert s'exprime davantage sur ses ressentis liés à l'activité, ainsi que sur ses douleurs, même si ses auto-évaluations de début de séance restent assez neutres. Ses douleurs aux yeux imposent d'alléger le temps de la séance et d'accentuer la contemplation musicale. Il semble prendre davantage conscience de son héminégligence*. Il s'implique dans la prise en charge, mobilise ses capacités mnésiques, montre de la curiosité, et s'engage en utilisant son agenda, comme il le fait en orthophonie. Il mobilise ses connaissances et prend des initiatives. L'enchaînement de ses actions et le déroulement de sa pensée restent assez lents et nécessitent des sollicitations. Il suit un certain style et se détache légèrement du modèle ce qui peut demander de la confiance en soi.</p>

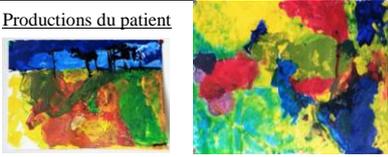
<p>Séances 6 et 7 séances collectives : objectifs : favoriser l'élan, l'expression et le partage avec d'autres résidents, solliciter la saveur existentielle. Dates : 25/08 et 31/08, Météo : canicule/climatisation Durée moyenne : 30 min Méthode : semi-dirigée, exercice, thérapeutique et didactique*</p>
<p>M. Robert se rend seul au service animation pour la séance collective. Il regarde et cherche à échanger avec les autres patients présents, contemple leurs productions. Il auto-évalue son humeur comme étant « bonne » et sa douleur faible, mais dit en séance 6 être fatigué et se sentir bizarre suite à un changement de traitement. En séance 6, il regarde sa production avec l'orthophoniste présente et s'exclame « je vois le sixième continent ! ». Son ton de voix est nuancé. Il imagine et verbalise une suite. Il est installé à table et travaille à plat. La feuille est tournée dans plusieurs sens, ce qui permet de ne pas négliger un côté de la feuille. En séance 6, il poursuit sa production en cours. Il peint seul, ses actions sont lentes, il fait beaucoup de pauses. Il se montre curieux en voyant des pots d'encres colorés disposés sur la table et demande à découvrir. En séance 7, il participe à une œuvre collective avec une autre patiente et partage la même feuille. Il exprime des idées de couleurs et de matières. Il découvre d'autres matières, enchaîne les actions plus spontanément. Pour les deux séances, il arrête son activité de manière prématurée, exprimant sa fatigue et des nausées. Il demande à repartir rapidement dans sa chambre. Les départs prématurés des deux séances collectives n'ont pas permis l'auto-évaluation du patient. La finition et le rapport aux deux productions sont mis en évidence en séance 8, séance de clôture de la prise en charge en art-thérapie. Il dit apprécier découvrir le service animation et veut bien y retourner.</p>
<p>Bilan : M. Robert montre de l'élan pour participer aux séances collectives et exprime son envie de s'ouvrir socialement. Le fait d'être en groupe contribue à stimuler le patient. Il exprime de manière plus appropriée ses douleurs et agit en conséquence. Il exprime aussi ses ressentis face à sa production. Son changement de ton peut être lié au changement de traitement, mais son imagination est mobilisée.</p>
<p>Séance n°8 : objectif : bilan de fin de prise en charge. Date : 1/09 Météo : pluie Durée: 30 min, Méthode : semi-dirigée, jeu, thérapeutique et didactique*</p>
<p>Je retrouve M. Robert en bas, à la fin de sa séance de kinésithérapie et en profite pour lui présenter l'animatrice. Il co-signe la production commune avec l'autre patiente et commente la qualité esthétique* « je ne pensais pas que ça rendrait cet effet de transparence ». Il l'auto-évalue comme étant « belle », « bien faite » et « agréable ». Il exprime alors le souhait de revenir au service animation, explique ce qu'il fait en art-thérapie « je reproduis un modèle avec de la peinture ». Nous remontons ensuite en chambre. Il dit ne pas se sentir très bien car il ressent des nausées, auto-évalue son humeur à « moyen » et sa douleur à « sévère ». Il souhaite tout de même faire l'activité. Sa production est terminée dans une collaboration à deux. La feuille est mise à plat et je me tiens face à lui. Je verse des gouttes d'encres colorées et il tapote avec du tissu, tout en écoutant de la musique. La feuille est remplie. M. Robert évalue le moment passé comme étant « très agréable ». Il signe sa production et lui donne un titre : « le sixième continent ». Auto-évaluation esthétique : beau, bien, très agréable. Il signe l'autorisation de publication. Evaluation de la prise en charge « oui, ça fait du bien de découvrir de nouvelles choses dans ces moments là ».</p>
<p>Bilan : Le bilan de la prise en charge en art-thérapie a pu s'effectuer. Malgré ses douleurs exprimées, le patient s'est mobilisé sur l'activité rendue plus ludique, favorisant les gratifications sensorielles et le partage. M. Robert met en avant le bienfait de faire des découvertes esthétiques. Ceci a pu contribuer à le stimuler.</p>

Figure 24 : tableau du descriptif de séances de M. Robert

4) Le bilan de la prise en soins met en évidence les capacités de M. Robert à s'engager et à s'exprimer

Evaluation	De l'entourage	Kinésithérapie : il prend plus d'initiative en rééducation. Infirmières : il évoque davantage ses ressentis.
	Du patient	« Agréable » « Ca fait du bien de découvrir de nouvelles choses dans ces moments là »
	De l'Art-thérapeute	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Evolution de l'élan vital de M. Robert</p> <p>Faisceau d'items de l'initiative : Actions⁵⁴ volontaires spontanées (rapport attention/action, élan) :</p> <p>1 : Très peu 2 : Avec sollicitations 3 : Idées évoquées verbalement sans geste 4 : Gestes initiés pas ou peu en cohérence avec l'intention 5 : Gestes et action initiés de manière adaptés.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Faisceau d'items de l'expression des ressentis positifs et négatifs :</p> <p>1 : Aucune modalité d'expression (verbale, faciale et vocale) 2 : Au moins une fois avec une modalité d'expression 3 : Plusieurs fois avec une modalité 4 : Associe au moins deux modalités 5 : Expression fréquente avec toutes les modalités</p> <p>Faisceau d'item de l'équilibre fond/forme dans les intentions esthétiques</p> <p>1 : pas d'intention de lier le fond (modèle) à la forme (action) 2 : Intention de reproduire le modèle mais décalage dans l'adaptation des gestes 3 : Ses gestes s'adaptent aux exigences techniques du modèle (l'action s'accorde avec l'intention de reproduire le modèle) 4 : Le modèle est une référence, pour développer ensuite des intentions personnelles 5 : Il se détache du modèle, le fond devient ses idées et ses ressentis qui guident l'action.</p> </div> </div>

⁵⁴ Mélange des couleurs, situer les éléments, faire la trace sur le papier.

<p>Objectif général: restaurer l'élan vital.</p> <p>Objectifs intermédiaires: Favoriser les gratifications sensorielles. Favoriser la poussée corporelle. Favoriser l'expression des ressentis. Améliorer son rapport au monde extérieur (équilibre fond/forme).</p>	<p><u>Enchaînement des actions (poussée corporelle) :</u> 1 : pas d'enchaînement même avec sollicitation 2 : Fait après la troisième sollicitation 3 : Fait après une sollicitation 4 : Enchaîne deux actions spontanément 5 : Enchaîne une série d'action</p>	<p><u>Productions du patient</u></p>  <p>N°1 : sans titre N°2 : « Le sixième continent »</p>
	<p>Bilan : Nous pouvons observer que M. Robert a pu exprimer des sensations agréables inhérentes à l'activité artistique ainsi que ses ressentis liées à ses douleurs et agir en conséquences (notamment en séance 6). La poussée corporelle s'est observée au travers des initiatives prises par M. Robert, illustrant ainsi une harmonie entre l'intention et l'action qui a pu se préciser. Cette harmonie s'observe tout particulièrement par l'équilibre établi entre le fond et la forme. Au départ, M. Robert saisi le modèle pour guider ses intentions esthétiques, manifeste une volonté de le reproduire et se base sur ce critère pour l'auto-évaluation. Le « bien » domine alors. Il parvient au fil des séances à accorder son intention et ses gestes, et ensuite, le fond devient alors ses ressentis et ses idées, il se détache du modèle pour imaginer une suite personnelle et développer son style, et auto-évalue sa production davantage en terme de « beau » et de « bon ». Il suit un idéal esthétique et cette démarche peut l'aider à maintenir sa confiance en soi. Au regard de l'objectif général, on observe que son élan a pu s'enrichir⁵⁵.</p> <p style="text-align: right;">Figure 25 : tableau et graphique de l'évaluation de la prise en charge de M. Robert</p>	

III. La présentation du suivi de Mme Sylviane révèle l'intérêt de l'art-thérapie à dominantes théâtre pour améliorer la saveur existentielle et l'expression des ressentis

1) L'état de base de Mme Sylviane, hospitalisée au Centre de Rééducation depuis un et demi, révèle un état de dépression et d'isolement social

« L'avant »	L'indication	Elle m'est adressée particulièrement par l'orthophoniste, la psychologue et le médecin de Mme Sylviane, évoquant chez la patiente une « tristesse farameuse ». La psychologue m'indique l'objectif de l'aider à être plus actrice, à mieux maîtriser son environnement
	L'anamnèse médicale	Mme Sylviane est sortie d'un état pauci relationnel* après avoir fait une rupture d'anévrisme. Elle est en centre de rééducation depuis maintenant un an et demi. Elle ne peut plus se servir de ses muscles et est tétraplégique. Elle se trouve en situation de grande dépendance pour tous les actes de la vie quotidienne (alimentation, toilette, habillage...). La texture de ses aliments est normale, elle doit boire de l'eau gazeuse pour éviter les fausses routes alimentaires. Elle présente une aphasie*, elle finit très peu ses phrases et présente des troubles de la compréhension et de la mémoire qui sont difficiles à évaluer. Elle est pour autant consciente de sa situation. Elle suit un traitement d'anxiolytiques. Elle est suivie par l'orthophoniste et la psychologue. Elle aime la lecture, un membre d'une association vient lui lire un livre une fois par semaine. Elle a de l'humour.
	L'anamnèse familiale	Mme Sylviane a 54 ans. Elle a un conjoint qui est son aidant et tuteur. Il vient la voir tous les jours. Il refuse d'organiser un retour au domicile permanent ou pour un week-end uniquement. Il se positionne en aidant et ne parvient plus à passer des moments agréables avec elle. Mme Sylviane a un fils issu d'une union précédente. Il vient très peu la voir.

Figure 26 : tableau de « l'avant » : indication, anamnèse médicale et familiale de Mme Sylviane

<p>Séance d'ouverture Durée : 60 min</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Rencontrer Mme Sylviane et amorcer un lien thérapeutique ✚ Rencontrer le conjoint de Mme Sylviane ✚ Observer Mme Sylviane pour dresser l'état de base ✚ Favoriser le choix
<p>Dominante artistique : Théâtre et Arts visuels</p> <p>Phénomène associé : / ; Méthode : ouverte, révélatrice, pas d'orientation préétablie.</p>
<p>Déroulement de la séance</p> <p>L'aidant de Mme Sylviane me présente à elle puis s'en va. Elle m'accueille dans sa chambre. Elle maintient un contact visuel, sourit et me permet de m'asseoir à côté d'elle. Elle accepte ma proposition de visualiser des cartes postales d'œuvres d'Art. Elle répond à mes questions et propositions par: « oui » ou « je veux bien » ce qui manifeste son envie, « si vous voulez » quand elle n'a pas trop envie ou directement « non » en chuchotant. Elle révèle rapidement qu'elle n'aime pas vraiment la peinture, et peut montrer de la lassitude quand je lui demande de</p>

⁵⁵ Eléments représentatifs de la boucle de renforcement de l'élan présenté théoriquement en page 25.

choisir. Elle s'exprime de manières différentes suivant ses goûts. Les cartes sont donc triées en catégories en imitant ses expressions : « pfff » signifie qu'elle n'aime pas trop ; elle regarde au ciel quand elle est indifférente ; dit « oui » quand elle aime, et « je ne sais pas ». Je lui demande à chaque carte présentée dans quelle catégorie nous plaçons l'image. Certaines cartes sont posées sur ses genoux avec son accord, elle me dit qu'elle les sent sur elle. Elle réagit lorsque je présente un tableau évoquant St Paul de Vence, ville où de nombreux acteurs sont passés tel que Jean Paul Belmondo. Elle me dit aimer le cinéma, son visage s'éclaire. Elle change d'humeur très souvent. Elle sourit, maintient un contact visuel intense, puis exprime de la tristesse, chuchote « ce n'est pas facile », et montre une certaine fatigue. Je lui demande alors si elle veut arrêter, elle répond « non ». « Voulez vous que je reste ? » « oui ». Parfois elle s'exprime plus fort et tente de faire une phrase mais ne parvient pas à la finir. Avant de partir elle me dit « merci, c'est beau » en parlant du moment partagé. Elle est d'accord pour que je revienne la semaine suivante. Le conjoint de Mme Sylviane revu ensuite me dit qu'elle a besoin d'occupations, et que pendant ce temps là, lui pouvait souffler. Je lui signifie que pour ma part, il me semble tout à fait possible et intéressant de les voir tous les deux ensemble et l'invite à faire une promenade la semaine suivante.

Bilan : Les jeux instaurés autour de la communication permettent d'instaurer un lien de confiance et d'observer la patiente pour dresser l'état de base. La séance à caractère occupationnel permet d'améliorer l'humeur. L'objectif de favoriser le choix était de trop pour la séance d'ouverture et doit être mené avec nuance et subtilité.

Figure 27 : tableau de la séance d'ouverture de Mme Sylviane

La rencontre	L'état de base	<p>Capacités sensorielles : la patiente peut voir, sentir les odeurs et des sensations sur sa peau. Elle ressent la douleur et le toucher. Elle a souvent des problèmes de digestion. La texture de ses aliments n'est pas modifiée.</p> <p>Capacités psychomotrices : elle est tétraplégique, ne peut plus se servir ni des ses deux bras, ni de ses deux jambes. Ses muscles sont contractés, ses avant bras sont repliés contre sa poitrine. Elle est installée en fauteuil confort. Elle est coquette et a de grands yeux clairs.</p> <p>Capacités cognitives : elle est très fatigable. Elle peut faire des choix et donner son avis mais son niveau de compréhension et de mémorisation est difficile à évaluer, mais elle a conscience de sa situation actuelle.</p> <p>Capacité d'expression : langage non verbal : se concentre sur son visage qui est très expressif : regard, mimique, fait facilement des grimaces. Langage verbal : elle chuchote la plupart du temps et dit des mots brefs car ne parvient pas à finir ses phrases malgré son envie. Le ton de sa voix est nuancé.</p> <p>Communication : elle est à l'écoute et répond aux questions qui lui sont posées. Elle peut ne pas comprendre, il ne faut pas donner trop d'informations dans une même phrase d'après l'orthophoniste. Son accès aux symboliques est aussi nuancé, elle peut ne pas comprendre certaines images si elles ne sont pas bien claires pour elle.</p> <p>Capacités relationnelles : son aphasie* et ses difficultés de compréhension sont une barrière à son implication relationnelle, l'empêchant d'affirmer ses souhaits aux personnes qu'elle aime. Elle sent que ses relations se dégradent avec son conjoint et son fils.</p> <p>Comportement psycho-affectif : la patiente ressent une profonde tristesse, qu'elle verbalise souvent. Elle dit « s'ennuyer ». Elle présente une labilité émotionnelle*, pleure très souvent, et peut passer des larmes au rire rapidement. Elle a de l'humour et sourit facilement, apprécie être en contact avec autrui.</p> <p>Goûts/intérêts : elle aime la lecture, le cinéma et regarder la télévision. Elle est altruiste, aime les personnes. Elle est coquette, aime être maquillée et bien coiffée.</p> <p>Intention esthétique : trouve la beauté dans les moments partagés.</p> <p>Intention sanitaire : elle est en demande d'occupations car elle « s'ennuie »</p> <p>Pénalités* : la maladie* de Mme Sylviane la mène à une situation de dépendance et de handicap* très importante. Cet état de santé constitue une blessure de vie, accentuée par le fait qu'elle demeure au centre de rééducation depuis un an et demi, sans savoir où aller ensuite, tout en observant que ses relations familiales se dégradent.</p> <p>Souffrances : la maladie* suggère une angoisse de la mort, une baisse considérable de la qualité de vie*, et une impossibilité de donner du sens à sa vie. La perte de l'indépendance suggère un sentiment de perte d'être sujet et d'inutilité sociale. Cette situation peut être source de souffrance ainsi que la rupture avec son lieu de vie, ses activités et sa famille proche. Mme Sylviane présente une labilité émotionnelle et exprime quotidiennement de l'angoisse et de la tristesse. Cette situation globale entraîne une perte de l'espoir, de la saveur existentielle et de l'élan vital, ne lui donnant pas l'envie d'être autonome*.</p>
--------------	----------------	---

Figure 28 : tableau de l'état de base de Mme Sylviane

2) La stratégie thérapeutique a comme objectif l'amélioration de sa saveur existentielle

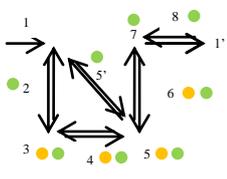
Analyse thérapeutique	Choix d'une stratégie thérapeutique	<p>Objectifs généraux : améliorer la saveur existentielle et l'élan vital afin de favoriser l'autonomie*</p> <p>Objectifs intermédiaires : Passer de bons moments, améliorer l'humeur. Favoriser l'élan, l'expression et affirmation des ressentis de manière adaptée. Associer le conjoint dans la démarche de « passer de bons moments »</p>
	 <p>Boucle de renforcements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 - 3 - 4 - 5' • 3 - 4 - 5 - 6 - 8 	<p>● Sites d'actions* : la patiente présente une tristesse intense prenant sa source en 3 (émotion) et 4 (sentiment) et s'exprimant en 5, parasitant son élan vital. La phase 4 est touchée et concerne les capacités de mémorisation et de compréhension. La phase 6 est touchée essentiellement au niveau de sa structure corporelle et de la communication.</p> <p>● Cibles thérapeutiques* : les objets et personnes peuvent rayonner pour Mme Sylviane (phase 2). Elle peut contempler (phase 5') essentiellement les personnes et leurs attitudes (phase 8). Ses capacités expressives, mimiques, grimaces révèlent une partie préservée de son élan corporel faisant de la phase 5 une cible thérapeutique. Les émotions* positives et le rire sont possibles faisant de la phase 3 une potentielle cible thérapeutique. Ses capacités de compréhension et de communication sont altérées mais une partie est préservée, lui permettant de mettre du sens sur ses émotions*, ce qui fait des phases 4 et 6 une cible thérapeutique.</p> <p>● Boucles de renforcement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Faire rayonner l'environnement de la patiente (objets, personne) en phase 2, faire en sorte qu'ils aient une bonne saveur et qu'elle passe de bons moments (phases 3 et 4), lui donnant envie de retendre vers ces moments et d'être dans une dynamique de contemplation (phase 5'). ● A partir de ces saveurs positives (phase 3 et 4), favoriser l'expression des ressentis et la maîtrise des émotions* en phases 5 et 6, pour aider Mme Sylviane à exprimer ses envies, ses choix, maîtriser d'avantage son existence et ses relations (phase 8).
	Items* et faisceaux d'items* d'observation :	<p>Humeur : auto-évaluation avant et après séance, sourires, regards, commentaires spontanés sur ses ressentis</p> <p>Elan/Envie de faire: expression verbale (« oui » ; « je veux bien » ; « si vous voulez » ; « non »). Participation/implication dans les activités.</p> <p>Affirmation de soi* : choix, décision, contrôle des émotions*.</p>
	Moyens	<p>Dominantes artistiques : théâtre et arts visuels</p> <p>Phénomènes associés voulus : promenade</p> <p>Temps d'échanges réguliers avec Mme Sylviane et son conjoint.</p>
	Type de séance	<p>Séances individuelles hebdomadaires</p> <p>Séance collective potentiellement envisageable</p> <p>Durée moyenne : 45 minutes</p>
	Méthode	Semi-dirigée, jeu ou situation, occupationnel et thérapeutique

Figure 29 : tableau de l'analyse thérapeutique de la situation de Mme Sylviane

3) Le déroulement des séances permet d'observer comment la maîtrise de ses émotions* à permis à Mme Sylviane d'affirmer ses intentions

<p>Résumé des séances 1 à 2 Objectifs : favoriser une alliance thérapeutique / favoriser le choix/ passer un bon moment. Dates : du 20/07 et 28/07 Météo : Soleil Durée moyenne : 50 min ;</p> <p>Méthode : semi-dirigée, situation, occupationnelle et thérapeutique</p>
<p>Mme Sylviane auto-évalue son humeur au début des deux séances comme étant « très mauvaise ». Elle exprime peu l'envie de faire des choix, prend peu de décisions, affirme peu ses volontés, chuchote en majorité. Elle exprime souvent sa tristesse et des envies suicidaires. Le contact social est positif, elle est très demandeuse d'occupations et désire que je reste le plus longtemps possible. Sa participation aux activités est moyenne. En séance 1, je propose un jeu de tri en fonction d'images de films, sur le même principe que la séance d'ouverture. Mme Sylviane rit à la vue de certaines images, puis fait une crise de larmes, les films lui rappelant trop son passé et ses problèmes relationnels avec sa famille. En séance 2, l'activité se centre autour d'une promenade en prenant des photos. Mme Sylviane apprécie mais à mal aux yeux avec le soleil. Des jeux de théâtre sont proposés, en face à face, imitation des mimiques et grimaces en miroirs et vocalisation et respiration. Mme Sylviane sourit, rit et dit « c'est bien ». Elle se mobilise sur l'activité pendant 5 minutes. Elle auto-évalue son humeur en fin de séance généralement comme étant « moyenne » ou « bonne ».</p> <p>M. Jean, le conjoint de Mme Sylviane est vu le lendemain de la séance à chaque fois. Il m'explique qu'elle a</p>

<p>toujours été sociable avant, à l'écoute des autres tandis que lui n'est pas trop bavard et n'aime pas le jeu. Il dit éviter certains sujets en sa présence de « peur » qu'elle ne pleure, comme parler de son fils. Il ne veut pas organiser de week-end à domicile de « peur » qu'elle ne comprenne pas ensuite le retour au centre. Il sait que sa femme regrette ses activités d'avant (promenades en voiture, cinéma...) mais il a peur de ses réactions émotionnelles.</p>
<p>Projections/Bilan : les arts visuels peuvent faire écho à des souvenirs douloureux. Le passé, le présent comme le futur sont sources de souffrances pour la patiente. Elle exprime peu de curiosité et peu l'envie de faire des choix, il serait peut être plus pertinent alors de proposer des séances plus dirigées et de réduire les objectifs de séances. Les activités centrées autour du théâtre sont saisies et la font rire même si cela est de courte durée du fait de sa fatigabilité. De nouveaux éléments sont à ajouter à l'état de base : Mme Sylviane a mal aux yeux. Elle travaillait dans le social et aime être avec les autres. Il serait pertinent de privilégier les promenades et les interactions avec d'autres personnes. Le conjoint de Mme Sylviane est en souffrance et exprime sa peur.</p>
<p>Résumés des séances 3 et 4 Objectif : passer un bon moment Dates : 3/08 et 10/08, Météo : soleil et chaud Durée moyenne : 45 min, Méthode : dirigée, situation, occupationnelle et thérapeutique</p>
<p>Mme Sylviane évalue uniformément son humeur comme étant « très mauvaise » au début de séance. En début de séance 3, elle évoque son conjoint et évoque de la colère envers lui. « Jean est con » ; « je m'ennuie ». Elle ne parvient pas à m'expliquer davantage. Je lui dis de le dire à son conjoint si elle a envie de le voir plus, elle répond ne pas oser. Les séances sont davantage orientées vers les contacts sociaux, et se déroulent dans l'espace de détente extérieur du centre, aux côtés d'autres patients qu'elle observe. Les jeux autour du théâtre sont toujours saisis et répartis durant la séance par tranche de 5 minutes ou en situation spontanée. Je lui propose de s'imaginer ouvrir un cadeau et mimer la surprise. Je lui propose d'imaginer manger son gâteau préféré. Elle manifeste alors des émotions* fortes et peut dire « c'est pas facile ». L'écoute musicale déclenche une phase de larmes également. Elle participe aux jeux de grimaces face au miroir de l'ascenseur, sourit et rit. Elle accepte que je la prenne en photo, maintient un contact visuel et dit régulièrement « merci » en fin de séance. En séance 4, la photo est accrochée dans sa chambre. Son humeur est auto-évaluée comme étant « bonne » ou « moyenne » en fin de séance.</p>
<p>Bilan/Projection : au regard de ses auto-évaluations d'humeur et de son langage non verbal, l'humeur de la patiente semble s'améliorer suite à la séance. Elle me remercie régulièrement, ce qui suggère qu'elle a passé un bon moment. Bien que l'expression de ses émotions* soit très variable et intense, j'observe que Mme Sylviane les exprime davantage de manière verbale et maîtrisée. Ses problèmes relationnels avec son conjoint semblent au cœur de ses préoccupations. J'essaie d'associer M. Jean à la prise en charge mais celui-ci désire profiter de ce temps là pour souffler. Il ne lui rend plus visite le jour où la séance a lieu. Par ailleurs, elle accepte d'être prise en photo, ce qui semble lui faire plaisir. Cet élément, comme celui du miroir, apporte des indications sur l'acceptation de son image, dans l'instant présent, et peut traduire un besoin de se sentir exister.</p>
<p>Séance 5 Objectifs : passer un bon moment, favoriser l'expression et l'imagination, valoriser la relation de Mme Sylviane avec son conjoint. Date : 17/08 Météo : orageux Méthode : dirigée, exercice, occupationnelle et thérapeutique</p>
<p>Auto-évaluation humeur en début de séance : « très mal » Je propose de l'écoute musicale pour commencer, elle pleure et commente : « c'est triste ». Je propose ensuite une promenade, elle répond « je veux bien ». Lors de celle-ci, elle observe les autres, imite spontanément un ambulancier au téléphone et s'exclame « Allo ?! Allo ?! » avec une voix forte. S'en suit alors un enchaînement de vocalises avec tous les mots qui finissent par le son « O ». Je propose ensuite à la patiente un jeu de mimes basé sur des images de visages. Elle répond « si vous voulez ». Elle ne comprend pas la consigne « faire deviner ». En s'appuyant sur ce support, elle cherche à s'exprimer, verbalise ses émotions* et ressentis, donne son avis sur certains sujets, ex : « j'aime l'orage », « j'en ai marre de ne pas réussir à dormir », « j'en ai marre de ne pas être comprise ». Je lui demande son avis sur des petites choses, lui demande des conseils qu'elle apprécie me donner (long sourire). Elle s'applique à parler fort et utilise l'humour. Je vois son conjoint le lendemain, je lui présente le jeu de mimes. Il regarde les images avec elle, discute de ses goûts. Mme Sylviane sourit. Je demande à M. Jean de m'aider à trouver d'autres images en partant de ses goûts, car il est le mieux placé pour cela. L'orthophoniste m'aide à construire les images adaptées. Auto-évaluation humeur en fin de séance : « mal »</p>
<p>Bilan : le jeu de mimes semble être pris comme un exercice fatigant par la patiente, ses capacités d'imagination ne sont pas mobilisables. Il prend cependant du sens s'il est partagé avec son conjoint. J'observe un décalage entre son langage non verbal plutôt positif et ses auto-évaluations d'humeur. Il est difficile de savoir alors si elle a passé un bon moment. Il semble que certaines choses dans la séance lui ont été agréables comme le fait que je lui demande des conseils, élément qui doit résonner avec le sentiment d'inutilité sociale. Il serait bon de réitérer cette démarche.</p>
<p>Séances 6 Objectifs : passer un bon moment / favoriser l'expression et l'imagination/ valoriser la relation de Mme Sylviane et son conjoint/valoriser l'existence. Date : 24/08 Météo : canicule, climatisation, chambre sombre. Méthode : ouverte, occupationnelle Durée : 15 min</p>
<p>M. Jean m'a laissé un mot avec des idées supplémentaires pour le jeu de mimes. Mme Sylviane m'accueille avec froideur. Son auto-évaluation d'humeur est « très mal » et dit s'ennuyer. Elle refuse la séance. Son expression verbale et non verbale est nette et ses affirmations sont claires. Elle semble être en colère. Elle ne parvient pas à exprimer pourquoi. Je la laisse, elle me dit « merci » et me sourit. Le lendemain, j'explique la situation à son conjoint qui dit ne pas comprendre sa réaction.</p>

Bilan : des questionnements au niveau de l'alliance thérapeutique, des raisons de son refus et du niveau de compréhension de Mme Sylviane sont à l'œuvre. Les infirmières m'informent qu'avant mon arrivée, elle demandait à voir son conjoint et qu'elles lui ont dit plusieurs fois qu'il ne viendrait pas puisqu'elle avait art-thérapie. L'orthophoniste pense que Mme Sylviane devait être fatiguée et n'avait pas envie d'être sollicitée, et me dit par ailleurs, qu'elle évalue une progression en séance d'orthophonie au niveau de sa capacité à communiquer.

Séance n°7. Objectif : bilan de fin de prise en charge.

Date : 31/08 **Météo :** chaud ; **Méthode :** ouverte, occupationnelle **Durée :** 30 min

A l'accueil, Mme Sylviane me sourit, répond « je veux bien » quand je lui demande si je peux entrer. Son auto-évaluation d'humeur est « bien ». Son conjoint est présent, il s'absente 15 minutes. Elle se souvient avoir refusé la séance précédente et me dit « je ne comprends rien », « je suis têtue, comme mon fils ». Elle me parle de son fils et dit qu'elle a envie de le voir. Elle le répète en présence de son conjoint sans laisser déborder émotionnellement. Il l'entend et dit vouloir éviter ce sujet. Je leur donne le jeu de mimes qu'ils acceptent. Nous le regardons tous les trois, M Jean imagine des façons de l'utiliser, s'en sert de support pour évoquer des anecdotes. Il est souriant. M. Jean et Mme Sylviane regrettent que la prise en charge en art-thérapie s'arrête. M. Jean va rechercher une autre association pour venir occuper Mme Sylviane une fois par semaine.

Mme Sylviane auto-évalue son humeur de fin de séance à « bien », et l'ensemble de la prise en charge à « très agréable ».

Bilan : le bilan de la prise en charge a pu s'effectuer. M. Jean recherche une prise en charge à vocation occupationnelle pour sa conjointe. Il semble néanmoins motivé pour partager lui même des moments de jeu avec elle.

Figure 30 : tableau du descriptif de séances de Mme Sylviane

4) Le bilan de la prise en soin a révélé l'importance du rôle de l'entourage de Mme Sylviane dans l'amélioration de sa saveur existentielle

Evaluation	De l'entourage	L'orthophoniste estime que Mme Sylviane est en train de progresser au niveau de la communication au moment où la prise en charge en art-thérapie prend fin. Les aides-soignants me rapportent que Mme Sylviane s'affirme d'avantage. Son humeur ne semble pas pour autant s'être améliorée. Je ne sais pas si le couple s'est réellement saisi de l'outil ludique que je leur ai laissé.
	Du patient	La prise en charge globale est perçue comme étant des moments agréables pour la patiente. J'émetts cependant l'hypothèse que les temps de séance puissent être perçus pour elle comme un élément l'éloignant de son compagnon.
	De l'Art-thérapeute	<div style="text-align: right;"> <p>Evolution de l'humeur (Saveur) et de l'élan de la patiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auto-évaluation de l'humeur en début de séance ■ Stabilité émotionnelle ■ Participation à l'activité ■ Envie de faire des choix ■ Auto-évaluation de l'humeur en fin de séance ■ Implication conjoint </div> <p>Faisceau d'items de l'humeur (Saveur)</p> <p>Auto-évaluations humeurs avant et après séance : 1 : Très mal, 2 : mal, 3 : moyen, 4 : bien, 5 : très bien</p> <p>Stabilité émotionnelle : 1 : humeur changeante et émotions négatives très intenses (crise de larmes) 2 : humeur changeante et émotions négatives intenses 3 : humeur changeante et émotions négatives vite maîtrisées 4 : humeur stable 5 : humeur stable et verbalisée par des phrases</p> <p>Participation à l'activité : 1 : indifférente face aux activités proposées 2 : dit « si vous voulez », participe moins de 5 minutes 3 : dit « oui », participe par plusieurs tranches de moins de 5 minutes, sourit. 4 : dit « je veux bien », participe pendant plusieurs tranches de 5 minutes ou plus, observe et sourit 5 : observe les autres, initie une activité</p> <p>Implication du conjoint : présence, participation</p> <p><i>(Indication à corrélérer avec les autres items)</i></p>

Bilan	<p>Objectifs généraux : Améliorer la saveur existentielle et l'élan vital afin de favoriser l'autonomie*</p> <p>Objectifs intermédiaires : Passer de bons moments, améliorer l'humeur. Favoriser l'élan, l'expression et l'affirmation des ressentis de manière adaptée. Associer le conjoint dans la démarche de « passer de bons moments »</p>	<p>Bilan : Au regard de l'objectif général, nous constatons qu'une modification de la saveur et de l'élan à l'intérieur des séances et au fur à mesure de la prise en charge a pu s'observer. L'humeur et l'envie de participer aux activités ont évolué, ainsi que l'envie de faire des choix, favorisant ainsi l'autonomie* et l'affirmation de soi*. Nous remarquons que ces items évoluent en corrélation avec l'implication de son conjoint. En effet, la principale souffrance de la patiente prend sa source au niveau de la dégradation de ses liens familiaux. La pratique artistique a été le moyen de toucher cette dimension relationnelle. Elle tendait en effet vers la valorisation de la relation de la patiente et son conjoint. M. Jean a montré en fin de prise en charge une envie de partager avec elle des moments pouvant enrichir leur saveur existentielle à tous les deux, notamment en se saisissant du jeu de mimes proposé. Or, l'impact de l'art-thérapie reste limité sur 7 séances pour évaluer son influence sur ses relations tant au niveau familial qu'avec les soignants et sur son autonomie.</p>	<p>Média utilisé :</p>  <p><u>Jeu de mimes réalisé à partir des goûts de la patiente et confié au couple</u></p>
--------------	--	--	---

Figure 31 : l'évaluation et graphique de la prise en charge de Mme Sylviane

D. DANS CE CONTEXTE, L'ART-THERAPIE SEMBLE POUVOIR CONTRIBUER A L'AMELIORATION DE L'ELAN CORPOREL ET DE LA SAVEUR EXISTENTIELLE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE SUITE A UNE LESION CEREBRALE

I. Le protocole de soins en art-thérapie à été proposé à trois autres patients.

M. Pierre, 75 ans	Prise en charge du 21 juillet au 1 ^{er} septembre 2016
Indication/problématique :	Grande plainte, grande angoisse, besoin de relations privilégiées, difficultés relationnelles
<p>Anamnèse et résumé de l'état de base : M. Pierre, ancien agriculteur, est au centre de rééducation depuis un mois, suite à un AVC* qui a causé une hémiplégie* gauche et des troubles cognitifs. Il vivait avec son frère dans une ferme, célibataire, sans enfant. Il a conservé son tonus et de nombreux muscles nécessaires pour espérer recouvrer la marche ou être indépendant dans les transferts, mais il est, aujourd'hui, dans une forme de plainte continue, (« ah, ah, ah... ») le bloquant dans la rééducation. Il se plaint de douleurs, et montre une grande tension corporelle l'empêchant de mobiliser son corps à bon escient. Il pense qu'il n'est « pas capable ». Il présente des troubles du sommeil et du comportement. Il exprime de l'agressivité envers le personnel soignant, montre une grande agitation du côté droit, des fonctions cognitives difficilement mobilisables et évaluables dans ces conditions, ainsi qu'une sensibilité corporelle diminuée. Il suit un traitement d'antalgique (morphine) et d'anxiolytique*. De plus, M. Pierre dit ressentir un sentiment d'isolement social et d'incompréhension vis-à-vis des autres patients et des soignants. Les soignants se disent être dans « une impasse ».</p> <p>Pénalités* : maladie*, handicap* et blessure de vie. La maladie* et le handicap* me paraissent être les pénalités* mises au premier plan au moment de la rencontre.</p> <p>Souffrances : angoisse de la mort, tension : douleur ou souffrance, rapport au corps, manque de confiance en lui, en les autres et en l'avenir. Isolement social.</p> <p>Stratégie thérapeutique :</p> <p>Sites d'action : 3 : baisse de la sensibilité, douleur et forte angoisse / 5 : élan mal orienté / 6 : Hémiplégie* gauche, perte de confiance en soi / 8 : Isolement social, agressivité</p> <p>Cibles thérapeutiques :</p> <p>Entrer par le 8 : relation confiance, prise en compte de la douleur.</p> <p>Puis par le 6 : action avec activité corporelle directement pour toucher le 3 et le 4 (apaisement, sentiment de sécurité) pour ensuite se trouver dans une boucle de renforcement 3, 4, 5, 6, puis 3,4,5,6,7,8 en communiquant avec les autres soignants.</p> <p>Atteindre le 5 et 6 pour orienter l'élan vers l'intention sanitaire*.</p>	
Objectifs Thérapeutiques	Moyens
<p>🚩 Objectif général : apaiser, orienter l'élan vers l'intention sanitaire</p> <p>🚩 Objectifs intermédiaires : apaiser l'angoisse, diminution des plaintes adaptation et mobilisation attentionnelle et motrice, amélioration de la confiance en soi</p>	<p>🚩 9 séances individuelles (2 par semaine, les lundis et jeudis) situées avant la kinésithérapie</p> <p>🚩 1 séance collective</p> <p>🚩 Durée moyenne : 30 min</p> <p>🚩 Dominante : modelage argile</p> <p>Méthode : dirigée, exercice, thérapeutique et</p>

valoriser socialement, améliorer le mode relationnel avec les soignants.	occupationnelle
<p>Bilan : le patient auto-évalue et distingue sa douleur et son humeur systématiquement. Il développe des intentions et passe à l'action, manipule spontanément la terre en utilisant le paume de la main, manipule des outils, cherche à se redresser dans son fauteuil, recherche l'utilité dans ses actions. Il met du sens à ce qu'il fait : « je fais des œufs pour motiver les poules à pondre », évalue spontanément ses productions, s'en souvient de séance en séance et restitue aux autres professionnels. Il parle de lui, sourit, utilise l'humour. Une diminution des plaintes à l'intérieur des séances est observée et sa relation s'améliore avec le kinésithérapeute et les aides soignant(e)s. Il accepte de participer à une séance collective où les plaintes réapparaîtront. Lors des dernières séances, les plaintes se font plus importantes mais son envie d'aller vers les soignants est aussi plus importante. Malgré une accalmie aussi due à un changement de traitement qui améliore la qualité de son sommeil, les troubles du comportement reviennent ensuite, en fin de prise en charge.</p>	

Figure 32 : Tableau synthétique du protocole de soins de M. Pierre

Mme Françoise, 51 ans.	Prise en charge du 14 juillet au 31 août
Indication/problématique :	Grande désorientation spatio-temporelle, troubles du comportement et difficulté à prendre conscience de ses troubles.
<p>Anamnèse et résumé de l'état de base : Mme Françoise a été opérée d'une tumeur au cerveau situé au niveau frontal droit. La tumeur n'a été enlevée qu'à 50 %. Elle présente depuis des troubles de l'équilibre, des troubles cognitifs notamment des troubles de la mémoire et une importante Désorientation Spatio-temporelle (DTS*). Elle se souvient uniquement de sa vie d'avant l'opération. Elle ne se souvient pas avoir été opérée. Sa mémoire de travail* et épisodique* dysfonctionne. Mariée et mère de deux enfants adolescents (12 et 15 ans), elle travaillait en Foyer Médicalisé pour adultes autistes, elle était très attachée à son travail. Depuis son admission en mai 2016, elle n'a pas conscience d'être dans un hôpital, montre une forte confusion dans ses souvenirs, dans l'espace et surtout dans le temps. A ces troubles cognitifs s'associent des troubles du comportement. Angoissée, elle montre une tendance à l'agacement et une tendance à la fugue. Elle a des difficultés à prendre conscience de sa situation et à corriger ses erreurs. Elle suit un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Elle porte un géo traceur à la jambe et les infirmières sont obligées de fermer la porte de sa chambre à clé la nuit et parfois une partie de la journée. Ses capacités d'expression verbale et de communication sont préservées, elle peut lire, écrire, et tenir une conversation dans l'instant si elle est bien guidée. Un cahier de vie a été mis en place par l'orthophoniste pour que Mme Françoise et les soignants puissent écrire et relire ce qu'elle a fait dans sa journée.</p> <p>Pénalités* : <u>Maladie*</u> (tumeur au cerveau) ; Handicap (Tb mnésiques, DTS*) ; Blessure de vie (être en institution, perte capacités)</p> <p>Souffrances : Angoisse de la mort, perte de repères, confusion, trouble de l'humeur</p> <p>Sites d'action : 4 : mémoire immédiate, désorientation, prise de conscience 5 : élan dévié</p> <p>Cibles thérapeutiques : Entrer par le 3 tout en valorisant ses compétences préservées en 4, solliciter l'élan 5 en l'orientant dans un cadre adapté. Passer par le savoir faire et l'apprentissage d'une technique pour favoriser l'acquisition de repères et préserver la confiance en soi. Impacter le 8 en favorisant les liens sociaux et en valorisant le travail de Mme auprès de son entourage.</p>	
Objectifs Thérapeutiques	Moyens
<p>Objectif général : favoriser l'autonomie, orienter l'élan vers l'intention sanitaire</p> <p>Objectifs intermédiaires : OI 1 : alliance thérapeutique, être en confiance. OI 2 : passer un bon moment, toucher le plaisir et se retrouver « soi » (gratification sensorielle). OI 3 : être dans le « ici et maintenant », canaliser l'élan, apporter des repères. OI 4 : investir le cahier de vie à l'hôpital, puis le service animation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 7 séances individuelles hebdomadaires tous les mercredis à 16h30 ✚ 1 séance collective ✚ Durée moyenne : 1h ✚ Dominantes artistiques : arts plastiques (dessin aux pastels secs avec modèle) ✚ Phénomènes associés voulus : écoute musicale, investissement du cahier de vie ✚ Méthode : dirigée, exercice, thérapeutique et didactique*
<p>Bilan : Mme Françoise accueille positivement les séances d'art-thérapie, elle se mobilise en moyenne 45 minutes, exprime régulièrement le caractère agréable du moment passé, apprécie la musique et la technique artistique utilisée. Elle parvient progressivement à être dans l'instant présent, sans s'interroger sur l'heure ou la date du jour. Elle réalise six productions dont une collective. Progressivement, elle prend plus de repères : elle inscrit, un titre, sa signature et la date sur chaque production. En fin de prise en charge, la date inscrite est de plus en plus proche de la réalité. Elle reproduit spontanément certaines techniques de dessins apprises les séances précédentes, et sollicite sa mémoire de travail. Lors de la séance 6 en groupe, elle mutualise ses compétences et les techniques apprises et met à l'œuvre ses capacités relationnelles. Elle investit davantage son cahier de vie et se rend en service animation. Les trois dernières séances, elle dit savoir être au Clos St Victor. Lors de la séance de clôture, elle reconnaît avoir un problème de santé et être là pour se soigner. Les infirmières ferment désormais la porte de sa chambre uniquement la nuit et pensent qu'elle ne partirait plus de l'établissement.</p>	

Figure 33 : Tableau synthétique du protocole de soins de Mme Françoise

M. Paul, 61ans	Prise en charge du 30 juin au 1 ^{er} septembre
Indication/Problématique	Angoisse, confusion et désorientation
<p>Anamnèse et résumé de l'état de base : M. Paul a fait un AVC* ischémique sylvien gauche. Il a des antécédents et a eu un accident de la voix publique plusieurs années auparavant. Il est tourangeau, célibataire sans enfant, a été licencié d'une usine de production après 30 ans de salariat, est aujourd'hui préretraité. Sa sœur vient le voir une fois par semaine. Il présente une hémiparésie droite. Il marche mais présente des troubles de l'équilibre. Il a des troubles cognitifs tels que des troubles de la mémoire, de l'attention, du langage, de la compréhension et une désorientation spatio-temporelle. Il a des difficultés à prononcer des phrases du fait de son aphasie*, présente des difficultés articulaires ressemblant à un bégaiement et ne finit pas ses phrases. Son visage et le ton de sa voix sont eux très expressifs. Il se montre avenant et souriant, semble apprécier rendre des services aux autres patients et soignants. Par ailleurs, il est décrit par l'équipe de soins comme quelqu'un d'angoissé, avec des troubles de l'humeur. Il suit un traitement d'antidépresseurs. Son comportement et son autonomie* étant en progrès, sa sortie de l'établissement est prévue pour la fin du mois d'août pour aller habiter en foyer logement. Il est accompagné par l'assistante sociale.</p> <p>Pénalités* en cascade : blessure de vie, maladie*, handicap</p> <p>Souffrance : angoisse, perte de la confiance en soi, perte de l'amour de soi, perte de la saveur existentielle, anxiété face à l'organisation de sa sortie de l'établissement.</p> <p>Stratégie thérapeutique :</p> <p>Sites d'actions : 3 : angoisse ; 4 : troubles cognitifs : mémoire, langage, compréhension, Désorientation Temporo-Spatiale ;</p> <p>Cibles thérapeutique : 8 : avenant, 6 : motricité préservée, minutie, 5 : élan moteur, expressivité</p> <p>Boucle de renforcement : entrer par le (8) et favoriser une relation thérapeutique, proposer à M. Paul de découvrir une pratique artistique nouvelle, ressentir des gratifications sensorielles (3) et favoriser un sentiment de réussite (6) et stimulant l'élan (5) et l'envie de s'engager.</p>	
Objectifs Thérapeutiques	Moyens
<p>Objectif général : Améliorer la confiance en soi, rassurer.</p> <p>Objectifs intermédiaires : Favoriser une alliance thérapeutique Entrer dans l'action et favoriser les gratifications sensorielles Favoriser l'engagement dans un projet artistique.</p>	<p>🚦 5 séances hebdomadaires les jeudis entre 14 h et 16 h</p> <p>🚦 Durée moyenne : 30 min</p> <p>🚦 Dominante : arts plastiques, théâtre</p> <p>🚦 Phénomène associé voulu : jeux d'expressions, mimiques, valorisation de sa capacité expressive.</p> <p>🚦 Méthode : dirigée, exercice puis situation thérapeutique</p>
<p>Bilan : M. Paul accepte d'essayer l'Art-thérapie. Il s'implique dans la contemplation d'œuvres et affirme ses goûts avec stabilité. Il essaie durant 2 séances le dessin au pastel en reproduisant une image qu'il apprécie. Durant l'action, il montre une certaine lenteur, est minutieux, choisit un tout petit format, il se montre respectueux du modèle et exigeant avec lui-même. Il dit en 2^{ème} séance participer pour « faire plaisir ». Ses troubles cognitifs limitent ses capacités à se projeter et à s'engager pour fixer de nouveaux rendez-vous. Quand je me présente, il est souvent allongé dans sa chambre (à 14, 15 ou 16 h). La kinésithérapeute constate aussi un manque d'élan et d'engagement. « Il fait sans conviction » Mi-juillet, Il fait un 2^{ème} AVC et une chute à l'extérieur. Un ralentissement est observé, son élan et son humeur baissent considérablement. Il refuse la séance suivante, reste allongé ou seul dans des espaces « d'attente ».</p> <p>Un nouvel état de base se dessine alors, avec une perte de l'élan importante. Les situations spontanées sont privilégiées dans les espaces d'attentes. Des discussions et jeux d'expressions faciales sont amorcés. M. Paul utilise l'humour mais fuit toute implication et passage à l'action.</p> <p>L'engagement dans la prise en charge et alliance thérapeutique n'ont pas été possibles. Lors de la séance de clôture, fixée avec lui la veille, M. Paul se cache tout d'abord puis accepte de discuter, et me confie sa lassitude et ses inquiétudes face à la sortie de l'établissement et à son déménagement.</p>	

Figure 34 : Tableau synthétique du protocole de soins de M. Paul

II. Le bilan des six prises en charge en Art-thérapie est présenté et permet d'étayer l'hypothèse.

L'hypothèse présentée dans ce mémoire postule que l'art-thérapie à dominantes arts plastiques et théâtre peut permettre d'améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle en favorisant l'expression et l'engagement des personnes victimes de lésions cérébrales accueillies en centre de rééducation fonctionnelle dans leur démarche de soins. En effet, au regard des évaluations de prises en charges des trois premiers patients relatées dans cette partie clinique, on peut observer que les protocoles de soins mis en place ont pu y contribuer. Deux autres études de cas relatées ensuite, celles de Mme Françoise et de M. Pierre, montrent que l'art-thérapie pourrait également prétendre à venir en aide aux patients dont l'élan corporel est présent mais n'est pas orienté au service de leur démarche de soins et de rééducation, ceci pour des raisons diverses (désorientation, anosognosie*, grande anxiété et troubles du comportement). Cela a pu les aider à prendre plus de repères et à être plus en accord avec la réalité. Malgré les imperfections et les questionnements qui peuvent se dégager de ces suivis, des observations et évaluations sont tout de même révélatrices d'une certaine évolution. Cependant, on peut s'interroger sur l'« après ». Le protocole de prise en charge avait un début et une fin. Cet aspect a été réfléchi en amont, les projets proposés se sont fait dans une temporalité maîtrisée. La fin de la prise en charge a été énoncée à l'avance au patient, et un relais a été favorisé via les bilans professionnels retransmis, et les retransmissions orales faites avec les autres membres de l'équipe. Pour autant, il est difficile d'évaluer l'impact de la prise en charge en art-thérapie après le départ de l'art-thérapeute. Une fois le suivi art-thérapeutique terminé, l'élan et la saveur existentielle de ces personnes ne s'essouffent-ils pas ? J'ai pu retourner au centre de rééducation quelques semaines après mon départ et j'ai croisé certains patients. M. Robert par exemple, ne se rendait pas de lui-même au service animation et ne semblait pas présenter une amélioration de l'humeur. Ces patients ont peut-être encore besoin de stimulations au plus près de leurs besoins. M. Robert se montrait par ailleurs plus dynamique et avait un discours cohérent sur son état de santé et la durée de son séjour au centre : « je pense que je suis là encore pour environ quatre mois ». D'autres patients, comme Mme Françoise, m'ont montré que leur comportement était canalisé et leur implication dans les soins plus importante. Mme Annick, elle, reste plus ouverte envers les soignants. Il est difficile de savoir si ces évolutions sont dues à l'art-thérapie. Nous pouvons tout de même nous dire que cela a pris une place dans un ensemble de soins, contribuant à rassurer la patiente. Par ailleurs, cela montre que la collaboration professionnelle constitue un élément clé de la prise en charge thérapeutique. Enfin, la situation de Mme Sylviane, ainsi que celle de M. Paul présentée en dernier, montrent les limites du protocole mis en place, ce qui nous mène vers l'ouverture d'une analyse critique et une discussion afin d'envisager différemment la prise en charge en art-thérapie à dominante art-plastique et théâtre auprès de personnes victimes de lésions cérébrales.

PARTIE III : D'AUTRES PROJETS EN ART THERAPIE AUPRES DES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES PEUVENT ETRE ELABORES

A. LE PROTOCOLE DE SOINS EN ART-THERAPIE PROPOSE AU CLOS SAINT VICTOR A SES AVANTAGES ET SES LIMITES.

I. Le protocole de soins peut s'améliorer s'il est remis en question.

1) Le protocole proposait des séances en majorité individuelles dans les chambres des patients

Le protocole en art-thérapie mis en place au Clos St Victor a rassemblé les fondements humanistes et rigoureux de l'art-thérapie moderne et la nécessité de s'adapter aux besoins des personnes hospitalisées. Il est le fruit d'une réflexion de plusieurs mois, s'appuyant sur des expériences professionnelles antérieures, une période d'observation via un premier stage en janvier 2016, ainsi que sur un processus de formation qui est, à ce jour, toujours à l'œuvre. De ce fait, il est essentiel de développer ici une critique constructive de ce protocole, en dégagant ses avantages et ses limites. Le fait d'intervenir dans les étages et de venir vers les patients, m'a permis d'être proche de l'équipe de soins, et de proposer une réponse cohérente face à la problématique observée en amont, centrée autour de l'altération importante de l'élan vital des personnes victimes de lésions cérébrales en situation de rééducation. L'idée du protocole était d'aller chercher les patients, de s'adapter à leur langage et à leur fonctionnement, de les stimuler, les aider à préserver leur confiance en eux et ainsi enrichir leur élan pour qu'ils aient envie de se déplacer vers les soins, vers la vie et son animation. Ce protocole était alors progressif. Il tendait à développer petit à petit une ouverture vers l'extérieur, notamment à travers des séances collectives, en voulant respecter le rythme de chaque patient. Les séances collectives mises en place au Clos St Victor ne semblent pas avoir été bénéfiques pour tous les patients. Malgré les envies et besoins observés, il semble qu'à ce stade, les pathologies des patients peuvent s'entrechoquer et donc constituer une entrave à la communication et à la relation. Cependant, avec le recul, il est possible d'envisager l'ouverture vers l'extérieur de manières différentes. Celles-ci seront détaillées dans les parties suivantes, en même temps que les dominantes artistiques utilisées seront questionnées.

2) Les stratégies art-thérapeutiques individuelles mises en place doivent faire l'objet d'une réflexion.

En expérimentant le lien entre la théorie et la pratique, certains détails de la stratégie thérapeutique viennent se mettre en lumière. Ceci peut nous mener désormais à envisager des stratégies potentiellement plus opérantes. Concernant Mme Annick, sa baisse d'implication dans l'action pouvait indiquer de ne pas persévérer dans cette voie, mais de l'aider à accéder à un plaisir autrement, par la contemplation par exemple. L'art-thérapeute doit faire preuve de réactivité pour réajuster ses objectifs de séances et ses moyens. Il doit aussi distinguer l'indication, les objectifs globaux de l'institution orientés vers la rééducation par l'action et l'état de base. Entre l'exigence de la rééducation et l'accent à mettre sur la partie saine, l'art-thérapeute doit se positionner. Par exemple, nous pouvons nous interroger sur la stratégie la plus opérante concernant l'objectif de favoriser à la fois la saveur et la rééducation de M. Robert, héminégligent*, en orientant son modèle à droite ou à gauche. Pour cette réflexion, nous pouvons nous appuyer sur les travaux de l'art-thérapeute Emily Rochard qui révèle de bons résultats dans la rééducation grâce à l'« activité contemplative⁵⁶ » chez des personnes ayant subi un AVC* récent et ayant ce type de trouble de l'attention. Ceci révèle alors, qu'il est important de savoir que, parfois, même si on contourne la difficulté, nous avançons tout de même dans le même sens. De même, la nécessité d'un état de base précis se révèle être fondamental, ainsi que le fait de déterminer les cibles thérapeutiques* en les distinguant bien des

⁵⁶ AVC : l'art-thérapie intégrée dans la rééducation après des accidents récents. [En ligne] La Dépêche. Disponible sur le World Wide West : <http://www.ladepêche.fr/article/2016/11/28/2467637-avc-art-therapie-integree-reeducation-apres-accidents-recents.html> [Consulté le 8/12/2016]

sites d'actions* pour mobiliser les parties saines du patient et ne pas favoriser une situation d'échec. Ainsi, même si l'on observe que la capacité* de mémorisation est préservée, on peut en la sollicitant, toucher à celles de la compréhension et du langage qui peuvent être fragilisées et induire une mauvaise saveur. Ainsi, travailler à partir de supports visuels pour Mme Sylviane a pu provoquer une boucle d'inhibition. Dans ce sens, la capacité de la mémoire peut alors être mobilisée, mais il semble que la phase 4 de l'Opération Artistique* ne devrait pas constituer un levier thérapeutique. C'est ainsi qu'on comprend la nécessité d'une rigueur méthodologique. La mise en place et l'exploitation des outils méthodologiques, tels que la fiche d'ouverture, la fiche d'observation et le cube harmonique, ont nécessité un cheminement. Accompagner les patients vers une auto-évaluation de la qualité du moment et de la prise en charge globale en saisissant la grille d'évaluation standard aurait été alors plus opérant, car les observations et intuitions personnelles de l'art-thérapeute ne semblent pas suffisantes et sont surtout trop subjectives. C'est ainsi, par apprentissage et par essais-erreurs, que l'art-thérapeute en formation affine son savoir faire.

II. Des questionnements sur les dominantes artistiques utilisées sont présentés

1) Les atouts du théâtre n'ont pas été tous exploités

En comparant les bases théoriques apportées dans la première partie de ce mémoire et l'expérience clinique vécue, il apparaît que le théâtre n'a pas pu être exploité au mieux. La pratique du théâtre demande un engagement corporel important. C'est un Art synchronique où la représentation se saisit en un instant et est pleine d'émotions*. Nous avons vu que dans le cas de lésions cérébrales, les déficits causent un déséquilibre qui ne peut se réajuster que progressivement. Or, le théâtre implique une harmonie entre le corps et la pensée, entre l'intention et l'action. Un cours essai de théâtre avec Mme Annick, au travers du jeu du miroir, a suffi pour révéler qu'au lieu de valoriser ses capacités relationnelles, cet exercice pouvait fragiliser un peu plus son équilibre psychique. De plus, la trace que le théâtre laisse pour l'acteur n'a pas la même nature que celle des arts plastiques. Sauf si l'expérience est enregistrée, la trace n'a pas d'image et reste en s'imprimant dans la mémoire sous la forme d'un souvenir. Pour Mme Sylviane, les difficultés cognitives inhérentes aux lésions cérébrales ont été difficiles à contourner. L'accès à l'imagination, la mémorisation, l'incompréhension des consignes, l'évocation de saveurs passées ont pu provoquer des émotions* négatives et engendrer un manque d'engagement de sa part. La mobilisation du corps était cependant un bon point, même s'il était limité du fait de sa fatigabilité. Le jeu du miroir et la photographie, le travail sur l'expression des émotions* et de la voix a pu enrichir chez la patiente son sentiment d'exister, et a pu l'aider à communiquer. Le théâtre, c'est l'ouverture vers l'extérieur. Il a un grand intérêt pour son pouvoir relationnel. C'est justement cette dimension qui était source de souffrance pour Mme Sylviane. Cette pratique peut offrir des situations ludiques et sécurisantes tout en étant directement en lien avec l'autre, dans le cadre de séances collectives. Or, celles-ci n'ont malheureusement pas pu être mises en place pour Mme Sylviane, n'ayant pas pu trouver un groupe de patients adaptés. Avec le recul et, libérée des contraintes intérieures et extérieures qui encadraient ma pratique à ce moment là, il serait maintenant intéressant d'imaginer pour Mme Sylviane la proposition d'une sortie extérieure pour aller voir une pièce de théâtre, afin d'axer sur le lien entre le relationnel et le sentiment d'exister. Ceci aurait pu favoriser davantage la saveur existentielle et rompre avec le sentiment d'isolement et d'inutilité sociale. Nous comprenons ainsi que les objectifs thérapeutiques déterminés auraient pu être plus précis, ainsi que des moyens plus opérants auraient pu être choisis.

2) La musique aurait pu être exploitée pour favoriser l'élan et la saveur existentielle

L'utilisation de la musique paraît également appropriée pour ce type de protocole, en particulier l'écoute musicale. Hervé Platel professeur de neuropsychologie et chercheur à l'INSERM* a étudié l'impact de la musique sur le cerveau et met en évidence l'activation du circuit de la récompense, circuit neuronal impliqué dans le plaisir. La musique contribuerait à un

éveil cognitif⁵⁷. Il évoque notamment la « boucle auditivo-motrice », tel un bouclage « perception-action »⁵⁸. Ces recherches illustrent bien le pouvoir d'entraînement de l'Art, facilitant l'action grâce à la perception de stimuli gratifiants. Jouer de la musique présente beaucoup d'intérêts aux niveaux moteurs et cognitifs. Sa contemplation par l'écoute musicale peut aussi être efficiente. Dans la partie clinique relatée précédemment, nous observons que la musique a été choisie comme « phénomène associé voulu », étant associé aux arts plastiques, elle peut contribuer à l'apport de gratifications sensorielles, mais aussi à solliciter la mémoire et potentiellement réduire l'anxiété. La musique n'est pas ma dominante, c'est pourquoi je n'utilise que l'écoute musicale. Tout en étant polyvalent et en sachant s'adapter, il reste important de bien connaître l'Art exploité. Placer l'Art comme processeur de soins et lui faire confiance est l'un des fondements de la pratique de l'art-thérapeute. L'Art est un processeur de soins très riche, qui peut toucher plusieurs entités de l'être humain. Cela demande du savoir faire pour être à la fois celui qui le contrôle et celui qui doit l'exploiter au maximum.

III. Le protocole de soins mis en place a visé d'autres problématiques

1) L'art-thérapie à dominantes arts plastiques a pu être bénéfique pour lutter contre la perte de repères et de conscience de soi

Comme il a été expliqué en première partie, les arts plastiques offrent un travail avec l'image laissant une trace produite, sur laquelle se pose le regard du patient. Cette élaboration mobilise, « mine de rien », tant de capacités au niveau sensoriel, moteur, cognitif mais aussi affectif et social, comme nous l'avons expliqué d'un point de vue théorique. L'expérience professionnelle en a été la démonstration empirique. En effet, le pouvoir éducatif des arts plastiques est particulièrement exploitable pour les personnes ayant des lésions cérébrales. Des petites répercussions positives ont pu être observées, comme quand Mme Françoise, souffrant de troubles importants de la mémoire de travail, pouvait petit à petit dire « ah oui, il ne faut pas mettre le noir en premier, vous me l'avez déjà dit ». La régulation occulo-motrice face à un modèle, la rigueur d'une technique et/ou les limites d'un format impliquent des capacités*d'adaptation. Les mécanismes d'impression et d'expression sont à l'œuvre dans un va-et-vient entre l'environnement et l'intériorité de la personne, ses pensées, ses sensations. La production en elle-même peut constituer un repère, une trace tangible, une preuve que la production a bien été créée par son auteur. L'hypothèse que l'art-thérapie à dominantes arts plastiques peut contribuer au fait de reprendre des repères et améliorer un rapport à l'environnement peut être également posée, et aurait pu faire l'objet de ce mémoire. La conscience des troubles et son acceptation est une problématique importante auprès de ce type de public. Le trouble de l'anosognosie* ou les effets du traumatisme* et la difficulté à réaliser l'ampleur des difficultés associées pourraient faire l'objet d'indication médicale. Or, de cette prise de conscience peuvent découler des troubles de l'humeur et du comportement. Elle est en lien avec le processus de deuil. Ce processus est long et il est très important de respecter le rythme du patient, ne pas le bousculer, mais de l'accompagner. Il s'est avéré alors que l'axe de l'art-thérapie durant ces deux mois de stage ne devait pas se concentrer sur cette problématique, compte tenu de la durée du stage, du contexte de crise, et de l'impact important que ce type d'accompagnement thérapeutique pourrait avoir s'il était mal contrôlé. Cependant les problématiques des patients ont été prises en compte dans leur globalité, notamment en objectifs intermédiaires. Intervenir à ce sujet semble pertinent, une réflexion doit alors se développer à propos du contexte d'intervention le plus favorable.

⁵⁷ BLOOD, AJ ; ZATORRE RJ. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion.[En ligne] PubMed. Disponible sur le World Wide West : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11573015> [Consulté le 8/12/2016]

⁵⁸ PLATEL Hervé. *Arts et cerveau*. Congrès international d'art-thérapie. Tour 2016

2) Le protocole de soins proposé n'a pas répondu à la problématique de la sortie de l'établissement pour plusieurs raisons.

La sortie de l'établissement est un facteur anxiogène, beaucoup de patients se posent régulièrement la question de leur avenir et peinent à se positionner en tant que sujets. Certains se trouvent très isolés. Il n'est pas rare de les entendre dire « je ne sais pas ce qu'ils vont faire de moi » et montrer un manque de confiance en eux pour affronter les problèmes de l'extérieur (administratifs, sociaux, affectifs). Ici encore, une discussion peut s'ouvrir sur le rôle de l'art-thérapie dans la préparation à la sortie, en complémentarité par exemple avec l'assistante sociale ou l'ergothérapeute. L'art-thérapie pourrait aider les patients à gagner en réassurance et en confiance, à la manière de M. Pierre, qui pensait n'être capable de rien, et qui, par le biais du modelage d'argile, s'est rendu compte qu'il parvenait à confectionner des objets. Cependant, le protocole proposé ici n'a pourtant pas réussi à s'adapter à cette problématique. M. Paul n'a pas pu bénéficier de l'art-thérapie. Les moments passés avec lui n'ont pas été suffisants pour amorcer un lien de confiance et ses problèmes de santé ne l'ont pas rendu disponible. Cependant, le protocole peut être questionné à ce niveau, car il ne prévoyait pas de se tourner vers l'extérieur. Pourtant, sortir de l'établissement pour pratiquer un Art peut être un moyen pour favoriser la transition et la préparation à la sortie, comme par exemple, aller photographier les rues de Tours. De plus, le protocole ne prévoyait pas une grande marge de manœuvre pour impliquer les proches des patients dans la thérapie. Or, l'état de base de M. Paul a révélé un manque de confiance en lui, pouvant être potentiellement renforcé par le regard que portait sur lui son entourage et sur ses capacités à s'adapter au monde extérieur. Au regard de ses observations et d'autres plus antérieures, nous comprenons alors l'importance de la dimension relationnelle dans la prise en soins.

B. LA DIMENSION RELATIONNELLE EST CRUCIALE DANS LA PRISE EN SOINS EN ART-THERAPIE POUR LES PATIENTS VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES

I. La dimension relationnelle et familiale est déterminante dans la préservation de l'élan et de la saveur existentielle des patients cérébrolésés

Il semble que l'hypothèse centrale qui a conduit le protocole de soins en art-thérapie au « Clos St Victor » n'a pas permis de mettre toujours la dimension relationnelle au premier plan. Cette dimension et ces problématiques ont pour autant été observées et les capacités relationnelles ont été mises en valeur. J'ai particulièrement pu constater combien le rôle des proches était prédominant dans l'élan et la saveur existentielle des personnes hospitalisées en centre de rééducation. Ce travail de lien doit être pris en compte par le thérapeute, mais il est évident que tout ne dépend pas de lui. Nous savons que le besoin d'appartenance sociale est un besoin fondamental. La personnalité d'un individu se construit en partie grâce aux relations qu'il entretient et ceci depuis sa naissance. Dans le contexte concerné ici, la dimension relationnelle a toute son importance. Le regard de l'autre a un impact sur l'estime de soi et sur l'humeur. Le soutien que peuvent s'apporter les patients entre eux est un élément important à considérer et peut justifier la mise en place de séances collectives et la dominante théâtre. De plus, la situation de Mme Sylviane révèle combien l'isolement peut être source de souffrance. En effet, même si elle cumulait de lourdes pénalités* de maladie* et de handicap* avec une forte situation de dépendance, sa souffrance la plus importante était la dégradation de ses relations avec sa famille. L'environnement, le soutien et l'amour des proches est le premier facteur de résilience dans ces conditions là. Bertrand Baisse Saige l'a vécu et dit : « L'entourage a la lourde tâche d'accompagner la prise de conscience, mais il a aussi la non moins lourde responsabilité d'apporter des éléments positifs qui vont encourager l'être blessé dans son combat, et notamment l'amour indispensable pour sa sécurité intérieure »⁵⁹. Or les proches ne sont pas toujours mobilisables, ils viennent, repartent, choisissent d'adhérer ou pas. C'est au thérapeute de favoriser une adhésion. Mais ceux-ci peuvent prendre aussi le moment de prise en charge comme un moment de répit. L'aidant a un lourd poids sur les épaules et il doit lui aussi prendre soin de

⁵⁹ BAISSA SAIGE, Bertrand. *Le guerrier immobile ou la métamorphose de l'homme blessé*. Toulouse : Erès, 2000, p 91.

lui. L'art-thérapeute se doit de respecter ses mises en distance et ses refus, tout en sachant que parfois, rien de durable ne pourra être mis en place sans lui.

II. L'Art-thérapeute est un professionnel de la relation qui doit adapter son savoir-être.

Le regard de l'Autre est donc crucial, et dans une situation de soins, la relation soignant-soigné en cristallise ses enjeux. Ainsi, le premier objectif du thérapeute est souvent de mettre en place une alliance thérapeutique et un sentiment de confiance, sans quoi, le travail thérapeutique ne pourra se faire. La relation instaurée avec le thérapeute peut servir de premier pas vers la resocialisation. Parfois, la seule alliance thérapeutique suffit à améliorer l'humeur et le comportement d'un patient, car il peut se sentir rassuré. C'est d'ailleurs peut être ce qui s'est produit avec Mme Annick et qui peut expliquer son ouverture sociale. Dans sa façon d'être, l'art-thérapeute s'inspire de l'Approche Centrée sur la Personne⁶⁰ établie par Carl Rogers dans les années 50, où l'authenticité de la relation à soi et à l'autre et l'accueil inconditionnellement positif du patient sont des conditions indispensables à la thérapie. Cela implique de considérer la personne dans sa globalité, non uniquement comme un malade et de s'attarder sur ses parties saines. Ceci est un facteur important dans le processus de changement du *client*⁶¹ qui est acteur et qui peut recouvrer confiance en lui. Le thérapeute doit croire en son patient. S'il se met à penser ou dire que son patient « n'est pas capable », la relation et la thérapie en sera potentiellement impactée. La relation thérapeutique est en soi un élément de travail. A l'intérieur de celle-ci peuvent se jouer des éléments qui résonnent avec la problématique du patient, qui peuvent être autant positifs que négatifs. Ainsi, l'implication et la modalité relationnelle du patient peut être révélatrice de sa problématique ou de son évolution. Des comportements tels que la fuite ou le surinvestissement peuvent par exemple apparaître. De nombreux biais dans la communication et la relation sont importants à percevoir, comme par exemple, la tendance à surévaluer les éléments observés, influencés par un certain contexte (ex : surévaluation du patient le dernier jour de prise en charge) ou encore, le fait que les désirs et bonnes intentions du thérapeute peuvent l'aveugler face au besoin que le patient manifeste là, juste sous ses yeux. Ainsi, le thérapeute doit être au fait de ces biais, savoir les identifier et y mettre du sens. Une prise de recul et l'aide d'un tiers doit faire partie intégrante de la démarche professionnelle.

III. L'Art-thérapie trouve sa place dans un travail de collaboration pluridisciplinaire

L'intégration dans l'équipe pluridisciplinaire et le travail de collaboration ont été essentiels pour cerner les besoins et me diriger vers les patients bénéficiaires. Pour chaque prise en charge, une collaboration particulière s'est établie, permettant à l'art-thérapeute stagiaire d'avoir un interlocuteur précis tels que la psychologue du patient, son orthophoniste ou son kinésithérapeute, sans oublier la cadre de santé, les infirmiers (ère)s et les aides soignant(e)s. L'art-thérapie a pu être envisagée comme un soutien, tant pour les patients que pour les soignants. En assistant aux réunions de synthèse et de retransmission, l'art-thérapeute stagiaire a tenté d'être à l'écoute des difficultés relationnelles que pouvaient rencontrer les professionnels et les patients dans la dimension de soins. En effet, les difficultés relationnelles sont des symptômes révélateurs de la souffrance et ceci peut constituer une indication médicale, voir un objectif intermédiaire permettant d'améliorer l'élan et la saveur existentielle du patient en lien avec sa démarche de soins. Les séances d'art-thérapie pouvaient être situées à un moment précis, avant celle de kinésithérapie par exemple pour M. Pierre. Valoriser les capacités relationnelles du patient, c'est aussi et surtout auprès du personnel soignant que cela doit se faire. Montrer et échanger autour des productions des patients, démontrer ses compétences, peut permettre d'améliorer la qualité de la relation, permet à l'équipe d'avoir un autre regard sur le patient, comme cela a pu être le cas pour Mme Françoise ou M. Pierre. Le soin est tout d'abord un ensemble et implique un croisement de regards. L'équipe pluridisciplinaire permet de centraliser les ressources et surtout de tisser un lien cohérent de soins autour du patient. C'est pour

⁶⁰ ODIER Geneviève. *Carl Rogers, être vraiment soi-même*. Paris : Ed Eyrolles, 2013, 203 pages

⁶¹ Ibidem.

symboliser ceci que la production collective réalisée par trois patients qui ont mutualisé leur savoir-faire et compétences a été affichée au mur de l'espace de rééducation.



Figure 35 : Photos de la production collective réalisée par M. Robert, Mme Françoise et M. Pierre affichée dans l'espace de rééducation

Exposer cette œuvre collective a pour vocation de valoriser les compétences des patients, de favoriser sa contemplation qui pourrait être facteur de motivation* lors de la rééducation pour certains et aussi de sensibiliser chacun à la possibilité d'intégrer la dimension esthétique* dans le soin. Cette action peut symboliser l'hypothèse de travail traitée ici, sur l'art-thérapie et la rééducation, comme un élément contribuant à soutenir le patient dans cette épreuve.

C. UNE DISCUSSION S'OUVRE A PROPOS DE LA SUITE DES SOINS EN ART-THERAPIE POUR LES PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES RETOURNANT DANS LE MILIEU ORDINAIRE.

I. Le soutien dans le projet de soins ne doit pas s'arrêter aux portes de l'institution

1) Le réseau d'aide à domicile permet de percevoir les besoins des personnes victimes de lésions cérébrales.

L'ensemble des éléments questionnés dans cette partie nous mènent à considérer l'art-thérapie dans un contexte plus large et d'envisager d'autres modalités. Il convient de se projeter sur le terrain, en ayant conscience de la pertinence de l'art-thérapie et des réels besoins présents dans notre société. Les lésions cérébrales, et en particulier l'AVC*, constituent la première cause de handicap acquis en France et la deuxième cause de démence⁶². La tendance politique et économique actuelle prône le maintien à domicile. Au moment du retour au domicile, ces personnes ont souvent recours à une agence d'aide à domicile pour les soutenir dans leur quotidien. Parallèlement à la formation d'art-thérapie, mon activité professionnelle d'auxiliaire de vie m'a alors permis d'avoir une première perception des besoins. J'ai pu notamment observer les souffrances liées la baisse de la qualité de vie* dont le manque d'élan et la perte de saveur existentielle, cumulées aux modifications relationnelles. Certains peuvent se trouver en situation d'isolement. Bien souvent, le handicap* de la personne est prononcé et peut devenir un « handicap familial »⁶³ car il concerne l'ensemble du foyer. L'aidant peut avoir besoin de soutien et de répit. Suite à ces constats, une discussion peut s'ouvrir concernant la suite des soins au domicile, notamment lors des phases de réadaptation* et de réinsertion*. Pour cela, nous nous appuyons sur des études publiées ainsi que sur des échanges effectués avec des professionnels, qui ont bien voulu partager avec moi leurs expériences. Des entretiens de vive voix, par mail ou par téléphone avec plusieurs personnes me permettent d'étayer mon propos.

⁶² INSERM. AVC- Accident Vasculaire Cérébral. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral> [Consulté le 10/12/2016]

⁶³ BLETON, JP. *Évaluation du déficit moteur dans l'hémiplégie vasculaire*. Kinésithérapie scientifique, 2005, 455 pages, p 51. In DE MORAND, Anne. *Pratique de la rééducation neurologique*. Paris : Ed Elsevier, 2014, page 6.

2) La discussion ouverte permet de mettre en évidence les besoins

La professionnelle du soin Anne De Morand et auteur du livre «la pratique de la rééducation neurologique » rapporte une étude⁶⁴ mettant en avant le fait que les patients et leurs familles ont le sentiment d' « être abandonnés » lors de la sortie de SSR*. « Ils expriment le souhait de disposer de plus de soutien et d'aide dans leurs démarches pour organiser les prises en charge soignante et médicosociale. » Elle précise que « les patients qui souffrent le plus après le retour à domicile sont ceux qui présentent un handicap moteur gênant la réalisation des activités de la vie quotidienne ; une aphasie* altérant la vie relationnelle ; des douleurs persistantes chroniques». A ce sujet, Claire Le Hay, éducatrice spécialisée à l'Equipe Mobile de Bel Air, rencontrée le 21 Novembre 2016, a partagé son expérience professionnelle : « Au centre de rééducation le patient est entouré de soins, par contre au moment du retour à domicile, il se retrouve livré à lui-même, avec beaucoup moins de ressources. ». L'Equipe Mobile de Bel Air intervient à domicile auprès de ce type de public. Sa mission est d'accompagner ces personnes fragilisées, de favoriser leur réadaptation*, l'ouverture et la réinsertion* sociale en collaborant avec un large réseau de partenaires. A ce titre, Claire Le Hay a donné son avis sur les besoins perçus : le handicap invisible est un obstacle important à la réinsertion* sociale ainsi qu'à l'épanouissement. L'art-thérapie serait, selon elle, très pertinent pour aider ces patients dans l'acceptation de leurs troubles. Ils ont des difficultés pour prendre de nouveaux repères, la prise de conscience prend du temps, ils ont des troubles de l'humeur (anxiété, dépression). Ils peuvent manquer de prises d'initiatives, ont des problèmes de locomotions et pour organiser leur emploi du temps. « Sur cent patients, je n'en ai connu que deux qui sont parvenu à se réinsérer totalement. ». Lors d'un entretien téléphonique le 13 décembre 2016, Martial Mainguy, chef de service du SAMSAH* de Blois, a également partagé son point de vue autour des besoins de ce public auquel pourrait répondre l'art-thérapie : « Revaloriser l'estime de soi, amélioration de l'humeur dépressive liée à la perte des capacités, soulager la souffrance liée à l'aphasie*, permettre à la personne souffrant de désinhibition de s'exprimer tout en se sentant contenue, permettre à la personne de s'individualiser et de s'adapter. » Nous constatons que les difficultés constatées en centre de rééducation résonnent lors du retour en milieu ordinaire et peuvent être un frein important à la qualité de vie*. Nous pouvons alors nous questionner à propos du moment le plus pertinent pour intervenir.

3) La prise en charge en art-thérapie peut intervenir à plusieurs étapes de vie des personnes après la lésion cérébrale

Ces personnes traversent une épreuve dont l'issue est incertaine. Chaque étape est une souffrance et l'art-thérapie doit se positionner face à ces difficultés. Corinne Delalande, chef de service de l'ADMR* de Tours, entrevue le 10 novembre 2016, émettait des réserves quant à l'intervention de l'art-thérapie au moment du retour à domicile. « L'Art-thérapie peut être importante pour l'épanouissement des personnes, mais intervenir dès le retour au domicile n'est peut être pas le moment le plus adapté, au vue de toutes les démarches que la personne doit faire. Elle peut vite se retrouver submergée. Il vaut peut-être mieux intervenir dans les 6 mois qui suivent. » Nous comprenons alors l'importance de faire en sorte que l'art-thérapie ne soit pas perçue comme une prise en charge de plus qui peut encombrer, mais comme un accompagnement et soutien présent justement, quand la souffrance est là. L'art-thérapeute Fanny Crapart⁶⁵, avance à ce sujet dans son acte de congrès que l'art-thérapie peut intervenir avec des modalités et des objectifs spécifiques aux différentes étapes de la prise en charge et distingue des bénéfices de prise en charge différents en fonction de la période. Ces bénéfices sont présentés dans le tableau ci-dessous.

⁶⁴ BLETON, JP. *Évaluation du déficit moteur dans l'hémiplégie vasculaire*. Kinésithérapie scientifique, 2005, 455 pages, p 51. In DE MORAND, Anne. *Pratique de la rééducation neurologique*. Paris : Ed Elsevier, 2014, page 6.

⁶⁵ CRAPART Fanny. *Le potentiel de l'Art-thérapie dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées*. In FORESTIER Richard. *Profession Art-thérapeute*. Barcelone : Ed Elsevier, 2010, pages 91 et 93.

Rééducation	Réadaptation*	Réinsertion*
<i>En centre</i>	<i>S'amorce en centre et se continue au domicile</i>	<i>Au domicile, en milieu ordinaire</i>
Intégration du membre handicapé dans l'action	Gain d'estime de soi	Réapprentissage des codes de communication
Entraînement de la mémoire	Amélioration de la confiance du patient en ses capacités	Maîtrise de la voix et de ses intonations, en fonction de l'intention
Entraînement de l'attention	Investissement dans une activité	Travail sur les émotions* et leurs expressions
Gain de confiance en soi	Expression et développement des goûts et de la personnalité	Accompagnement dans le travail de deuil d'une certaine « vie d'avant »
Revalorisation	Baisse des signes de la dévalorisation	Travail sur l'écoute des autres
Dépassement de la fatigabilité	Accompagnement dans le travail de deuil	Revalorisation
Dépassement de la douleur	Lutte contre l'isolement	Prise d'initiatives
Baisse des symptômes dépressifs	Travail sur l'image de soi et le schéma corporel	Travail sur la capacité à faire des choix
Réinvestissement du corps et de sa rééducation dans le plaisir	Plaisir du retour à la productivité	Engagement et participation active à un atelier régulier
Réinvestissement d'autres prises en charge	Adaptation des comportements en fonction de l'intention	Gestion d'une forme de timidité ou de peur au regard des autres

Figure 36: Tableau récapitulatif des bénéfices observés par des art-thérapeutes et étudiants art-thérapeutes auprès de personnes victimes de lésions cérébrales au moment de la rééducation, de la réadaptation* et de la réinsertion66.**

Virginie, bénéficiaire du réseau d'aide à domicile de l'ADMR* suite à un accident de la route l'ayant laissée paralysée, a partagé la façon dont elle a vécu sa rééducation et sa réadaptation* : « dans le milieu médical, on se sent évalué et observé comme un objet. Notre corps ne nous appartient plus. Il y avait des ateliers d'Arts proposés, mais je n'avais pas l'envie d'y participer. » Se tourner vers l'Art, synonyme pour elle de « liberté » et de « respiration », n'a pu se faire que lorsqu'elle était sortie de « ce carcan ». Suite à ces propos, nous pouvons comprendre la nécessité de mener l'art-thérapie avec un protocole adapté au milieu médical, pour que les deux, ensemble, ne soient pas vécus comme une contradiction. En reprenant les propos des patients présentés dans la partie clinique, nous constatons que certains ont pu y trouver une gratification, à la manière de M. Robert qui a dit : « ça fait du bien de découvrir de nouvelles choses dans ces moments là ». Nous comprenons alors que déterminer le « meilleur » moment pour proposer l'art-thérapie dépend en réalité de chaque patient et que les conditions fondamentales sont davantage le fait que le patient puisse s'en saisir et que l'art-thérapie soit réellement un soin adapté.

II. Le service à domicile ne signifie pas le repli vers l'intérieur mais veut favoriser l'ouverture sociale

1) L'art-thérapie à domicile doit se développer au sein d'un réseau de partenaires

Comme nous l'avons vu précédemment, l'art-thérapie prend son sens dans une collaboration de professionnels. En institution, la multiplicité des disciplines est centralisée, alors qu'en milieu ouvert, les soins se retrouvent plus éclatés, nécessitent une coordination plus importante. Il est alors essentiel d'avoir une compréhension de la façon dont se coordonnent ses services et prestations. Ma propre expérience et les échanges effectués avec différents professionnels nous offrent un aperçu des différents partenaires potentiels pour favoriser l'accès à l'art-thérapie auprès de ce public lorsqu'il est rentré à domicile, tel que le restitue l'encadré ci-après :

⁶⁶ CRAPART Fanny. *Le potentiel de l'Art-thérapie dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées*. In FORESTIER Richard. *Profession Art-thérapeute*. Barcelone : Ed Elsevier, 2010, pages 91 et 93.

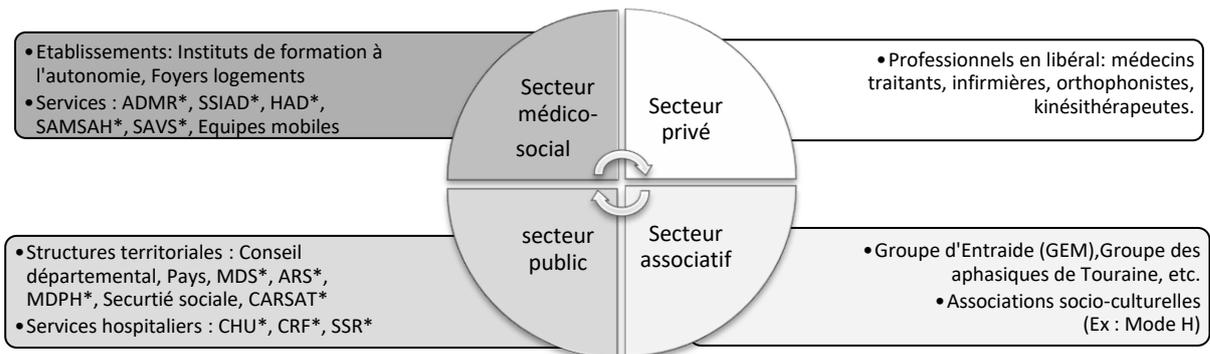


Figure 37 : Schéma des potentiels partenaires de l'art-thérapeute

Face à cette pluralité, nous comprenons alors la nécessité pour l'art-thérapeute de déployer son dynamisme, de développer ses compétences en organisation et en communication. Ceci est d'ailleurs le cas aussi et surtout pour le patient et son entourage, qui se déplacent « vers » ou accueillent à leur domicile de nombreux intervenants, spécialistes de l'administration ou du soin. Le milieu ouvert, c'est la vaste société dans laquelle la personne fragilisée doit parvenir à évoluer. Or, les difficultés énoncées précédemment peuvent entraîner le fait que certaines personnes se trouvent alors dans l'impossibilité de sortir de chez eux.

2) L'art-thérapie à domicile se déroule dans l'environnement de la personne.

Intervenir au domicile des personnes impose un cadre particulier indispensable à appréhender. Derrière chaque porte se révèle un univers particulier, une histoire, une potentielle famille, des failles et des souffrances qui sont représentées autrement que lorsque le patient se présente en institution ou dans un cabinet médical. Une richesse face à laquelle des précautions sont à prendre, afin de ne pas être intrusif et percer l'intimité déjà bousculée. Carine Maraquin, psychologue, propose dans son livre sur les pratiques professionnelles au domicile de réfléchir sur la notion « d'habitat intérieur », élaborée par le psychanalyste Alberto Eiguer, « comme un outil de compréhension de la façon personnelle d'habiter un lieu ». Il définit cinq fonctions de l'habitat :

- « la fonction de **contenance** vise à délimiter un intérieur et un extérieur. Elle sert d'enveloppe protectrice entre l'intimité et un extérieur, entre l'intimité qui se déroule à l'intérieur et la vie publique qui se déroule à l'extérieur »
- la fonction d'**identification** vise la construction d'une identité commune
- la fonction de **continuité historique** sert la mémoire, relie les personnes, donne du sens aux lieux
- la fonction de **créativité** est alimentée par la distribution des lieux, la décoration, le choix des objets
- la fonction **esthétique** vise la recherche d'harmonie, de beauté. »⁶⁷

Ces cinq fonctions peuvent être considérées par l'art-thérapeute et saisies comme support à la prise en soins. L'intervention à domicile pourrait alors favoriser une alliance thérapeutique, une évaluation précise des besoins et le sentiment pour le patient d'être bien compris. De plus, si l'art-thérapie a vocation d'améliorer l'élan corporel et la saveur existentielle, elle peut être un point de départ pour aider les patients à surpasser leurs difficultés et à sortir de chez eux, pour aller par exemple adhérer à un accueil de jour, un club d'animation, à prendre plus confiance en eux pour construire des projets.

⁶⁷ EIGER A. *L'inconscient de la maison*. Ed : Dunod, 2004. In MARAQUIN C. *Handicap : les pratiques professionnelles au domicile*. Paris : Ed. Dunod, 2015, page 83.

III. Au regard des éléments mis en avant grâce à cette discussion, un projet de création d'association d'art-thérapie à domicile pourrait être envisagé.

- 1) Les avantages et les inconvénients de l'art-thérapie à domicile, comparés à ceux de l'institution, sont synthétisés dans un tableau

Anne-Claire Bethmont, art-thérapeute en formation et stagiaire au sein de l'Equipe Mobile Alzheimer intervenant à domicile, insiste sur la richesse de l'environnement personnel du patient, mais également sur la nécessité de maintenir un cadre pour concentrer l'attention du patient durant la séance. En effet, de nombreux éléments peuvent disperser l'attention du patient. Le contexte est très différent de celui de l'institution. Dans le tableau ci-dessous, une comparaison synthétique est présentée.

	EN INSTITUTION		A DOMICILE	
	Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Spécificité du milieu social Besoins des patients	Milieu protégé, prise en charge globale du patient, centralisation des soins, contacts sociaux, possibilité de séance collective. Fonction rassurante de l'institution, l'art-thérapie peut agir sur la rééducation et l'engagement dans les soins dans le centre.	Milieu neutre et impersonnel, présence relative de la famille. L'institutionnalisation peut constituer une blessure de vie, contribuant à baisser l'élan et la saveur existentielle.	Intervention dans et avec l'environnement physique et social du patient, richesse pour l'évaluation et le déroulement des prises en charge. Facilite l'accès à l'art-thérapie pour les personnes qui ne peuvent pas sortir de chez eux, permet de rompre avec l'isolement, joue un rôle dans la réadaptation* et la réinsertion* sociale, favorise le maintien à domicile. Peut venir soulager l'aidant.	Nécessité de tenir un cadre durant la séance, à l'intérieur du cadre de l'hôte.
Travail en équipe	Réunit une équipe pluridisciplinaire, et des outils de communication institutionnalisés.	Equipe pas toujours disponible, « maladie* institutionnelle », temps de réunion restreint.	Créativité dans les échanges professionnels, mise en place d'outils de communication communs (ex : cahier de liaison). Multiplicité et richesse des partenaires.	Risque d'isolement, de ne pas voir les professionnels partenaires.
Financements	Le financement pris en charge. Achat matériel et temps de préparation pris en compte	Nécessite une bonne mutuelle	Permet une adaptabilité, au cas par cas	Le tarif conséquent d'une prestation. Temps de préparation en dehors du temps de travail

Figure 38 : Tableau synthétique des avantages et inconvénients de l'art-thérapie en institution et à domicile

- 2) En conclusion, des éléments importants sont à considérer pour élaborer un projet d'association d'art-thérapie à domicile :

La pertinence de l'art-thérapie à domicile a été discutée. L'essentiel réside finalement dans l'adaptabilité et l'accessibilité de l'art-thérapie face aux besoins qui ne sont alors plus à démontrer et qui peuvent s'étendre à d'autres pathologies. Jérôme Moulin, médecin généraliste, rencontré le 20 Novembre 2016, a beaucoup de patients souffrant de la maladie* d'Alzheimer. Il a confié à ce sujet: « je constate que sortir de chez soi est une difficulté supplémentaire pour ces personnes. Leur domicile constitue souvent le seul repère qui leur reste et contribue à les rassurer ». Or, l'accès à l'art-thérapie à domicile semble être limité premièrement par le facteur financier. Lorsque Claire le Hay, éducatrice de l'équipe mobile de Bel Air, recherche un ou une art-thérapeute partenaire, elle regarde trois critères : l'accessibilité physique, le coût et le contenu de ses propositions. En effet, les personnes victimes de lésions cérébrales ont bien souvent peu de moyens financiers lorsqu'ils retournent en milieu ordinaire. Or, que ce soit à domicile ou en cabinet libéral, l'art-thérapie a un coût. Intervenir à domicile est encore plus onéreux, compte tenu des frais de déplacements et d'une surcharge organisationnelle. Le fait que l'art-thérapie ne

soit pas pris en charge par la sécurité sociale est une réalité. Corinne Delalande, chef de service à l'ADMR* l'a bien avoué : « lorsque les professionnels de la MDPH* ou du Conseil Départemental évaluent les besoins des personnes à leur domicile, l'accès à la vie sociale est pris en compte. Cependant, le budget délivré par les ARS* n'est pas conséquent. Il y a déjà si peu d'argent pour ce qui est vital ».

Si un autre facteur important doit être considéré alors, ce serait la reconnaissance de l'art-thérapie comme un soin paramédical allant dans le sens des besoins de la société. Les propos de Jérôme Moulin, médecin généraliste l'illustrent bien : « je connais l'art-thérapie depuis peu de temps. Pour soigner la démence, rien ne fonctionne réellement. Il serait intéressant d'étudier scientifiquement les effets de l'art-thérapie sur le ralentissement de la maladie*. » C'est aussi ce que disait Mathilde Nouveau, travaillant pour les ARS*, rencontrée le 13 décembre 2016, en évoquant une nécessaire « reconnaissance scientifique » pour espérer obtenir un financement. Mais l'art-thérapie moderne vient de fêter ses 40 ans d'existence et rien n'est figé. Personnellement, je souhaite m'engager pour cette reconnaissance et notamment pour montrer le rôle de l'art-thérapie dans le maintien à domicile. Deux moyens sont possibles pour moi. Il est possible de créer une association locale, d'obtenir des financements en répondant à des appels à projet, même si, au regard de l'organisation actuelle du système sanitaire et territorial, les choses s'avèrent de plus en plus complexes. Il est possible également de chercher à intégrer un service médico-social d'accompagnement à domicile déjà en place et d'y déployer la recherche scientifique nécessaire, au travers du diplôme universitaire d'art-thérapie délivré par la faculté de médecine. Ainsi, je pourrai à la fois développer ce projet d'art-thérapie à domicile et contribuer à la reconnaissance scientifique de l'art-thérapie.

CONCLUSION

En suivant six patients pendant deux mois durant neuf séances en moyenne, en découvrant et intégrant l'équipe médicale du « Clos St Victor », j'ai vécu une expérience professionnelle enrichissante et déterminante. J'ai pu m'adapter au lieu et au public, proposer une certaine hypothèse et mettre en œuvre les moyens pour y répondre. L'élan et la saveur existentielle des personnes victimes de lésions cérébrales s'avèrent être importants à rechercher et à stimuler durant la rééducation, mais aussi lors de la réadaptation* et la réinsertion*. L'art-thérapie peut ainsi être opérante pour accompagner la personne fragilisée dans son processus de deuil et de reconstruction. Cela nécessite d'appréhender chaque situation dans son ensemble, de bien évaluer les limites et les possibilités de chaque patient afin de ne pas proposer ni trop peu, ni pas assez, de ne pas être trop exigeant, ni avec soi, ni avec l'autre. Une orthophoniste du « Clos St Victor » m'avait dit cette phrase : « Il faut saisir la moindre petite chose donnée ». La valorisation de la partie saine permet de laisser la place à l'espoir. Il est important de prendre la mesure de l'impact que peut avoir la proposition d'art-thérapie auprès de personnes en souffrance.

Cet écrit qui était introduit par une première question sur les finalités de la nature humaine, peut se conclure grâce à un élément de réponse, en précisant le postulat que l'Être Humain cherche fondamentalement à être heureux. Chaque individu à sa manière cherche à s'extirper de sa souffrance et à ressentir une bonne saveur existentielle. Le fait que l'Art existe en est la preuve. En effet, si l'Art n'est pas vital, il peut néanmoins donner de la saveur à la vie. Ce sont des principes fondateurs de cette pratique thérapeutique humaniste. Ils s'ancrent en la future professionnelle que je suis, et résonnent avec ce que me disait ma formatrice : « Il faut y croire » : croire dans le potentiel de l'Art associé aux soins, croire en la nature humaine et au fait que l'art-thérapie peut aider des personnes à recouvrer une bonne qualité de vie*, à se sentir sujet, faisant des choix, ayant des besoins importants à considérer et à respecter, existant par leurs ressentis, leurs actes, leur manière de s'exprimer, de communiquer et d'être en relation. A partir de là, il s'agit alors de s'engager dans la formation de l'art-thérapie moderne, de déployer des compétences qui doivent aussi être au service de la reconnaissance scientifique de l'efficacité de cette discipline.

Mettre en forme cette expérience par cet écrit, en la liant théoriquement avec les fondements esthétiques* et humanistes de l'art-thérapie, permet de prendre le recul nécessaire et de se rendre compte du travail réalisé, de tout ce qui a été donné et reçu. Ce travail de réflexion et d'écriture est à la fois l'aboutissement d'une première étape de mon engagement dans la formation d'art-thérapeute et marque également un commencement. Par cette expérience, j'ai perçu de quelle manière l'art-thérapie pouvait s'intégrer dans le milieu médical. L'exploitation du potentiel artistique est un atout qui peut s'avérer être complémentaire aux autres soins, si elle suit une méthodologie précise et une logique thérapeutique. C'est naturellement que cela m'a menée dans une troisième partie à développer ma faculté critique*, à analyser ce qui a été, pour ensuite se projeter vers ce qui pourra être. Grâce à l'ouverture d'une discussion en allant rencontrer des professionnels, j'ai pu commencer à envisager l'avenir, où la professionnalisation doit continuer à s'affirmer et où des projets pourront se développer dans l'objectif de faciliter l'accès à l'art-thérapie pour les personnes en souffrance, notamment via l'intervention à domicile et la reconnaissance de la discipline.

LISTE DES FIGURES

(Schémas, tableaux, graphiques)

Figure 1 : schéma des aires fonctionnelles du cerveau p 10

Figure 2 : tableau des causes de lésions cérébrales p 10

Figure 3 : tableau regroupant les séquelles possibles suite à une lésion cérébrale p 12

Figure 4 : schéma du chemin de l'information sensorielle lors de l'activité artistique p 17

Figure 5 : schéma de l'Opération Artistique p 22

Figure 5' : tableau descriptif des phases de l'Opération Artistique p 22

Figure 6 : tableau des implications de l'esprit lors de l'utilisation du cube harmonique p 23

Figure 7 : tableau présentant le protocole de soin en art-thérapie p 24

Figure 8 : schéma de la boucle de renforcement de l'élan corporel p 25

Figure 9 : schéma de la boucle de renforcement de l'engagement pouvant influencer l'intention sanitaire p 25

Figure 10 : schéma des boucles de renforcement de la contemplation et de l'action à la production p 26

Figure 11 : schéma de la boucle de renforcement de renforcement liée au relationnel p 26

Figure 12 : supports visuels utilisés pour l'auto-évaluation de la douleur et de l'humeur du patient p 28

Figure 13 : supports visuels utilisés pour l'auto-évaluation esthétique du patient p 29

Figure 14 : tableau de « l'avant » : indication et anamnèse médicale et familiale de Mme Annick p 29

Figure 15 : tableau des séances d'ouverture de Mme Annick p 31

Figure 16 : tableau de l'état de base de Mme Annick p 31

Figure 17 : tableau de l'analyse thérapeutique de la situation de Mme Annick p 32

Figure 18 : tableaux du descriptif des séances de Mme Annick p 34

Figure 19 : tableau et graphique de l'évaluation de la prise en charge de Mme Annick p 35

Figure 20 : tableau de « l'avant » : indication, anamnèse médicale et familiale de M. Robert p 35 et 36

Figure 21 : tableau de la séance d'ouverture de M. Robert p 36

Figure 22 : tableau de l'état de base de M. Robert p 37

Figure 23 : tableau de l'analyse thérapeutique de la situation de M. Robert p 37 et 38

Figure 24 : tableau du descriptif de séances de M. Robert p 38 à 40

Figure 25 : tableau et graphique de l'évaluation de la prise en charge de M. Robert p 40 et 41

Figure 26 : tableau de « l'avant » : indication, anamnèse médicale et familiale de Mme Sylviane p 41

Figure 27 : tableau de la séance d'ouverture de Mme Sylviane p 41 et 42

Figure 28 : tableau de l'état de base de Mme Sylviane p 42

Figure 29 : tableau de l'analyse thérapeutique de la situation de Mme Sylviane p 42

Figure 30 : tableau du descriptif de séances de Mme Sylviane p 43 à 45

Figure 31 : l'évaluation et de graphique de la prise en charge de Mme Sylviane p 45 et 46

Figure 32 : tableau synthétique du protocole de soins de M. Pierre p 46 et 47

Figure 33 : tableau synthétique du protocole de soins de Mme Françoise p 48

Figure 34 : tableau synthétique du protocole de soins de M. Paul p 48

Figure 35 : photos de la production collective réalisée par M. Robert, Mme Françoise et M. Pierre affichée dans l'espace de rééducation p 55

Figure 36 : tableau récapitulatif des bénéfices observés par des art-thérapeutes et étudiants art-thérapeutes auprès de personnes victimes de lésions cérébrales au moment de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion p 57

Figure 37 : schéma des potentiels partenaires de l'art-thérapeute p 58

Figure 38 : tableau synthétique des avantages et inconvénients de l'art-thérapie en institution et à domicile p 59

BIBLIOGRAPHIE

Monographies et parties de monographies :

- BAISSÉ SAIGÉ, Bertrand. *Le guerrier immobile ou la métamorphose de l'homme blessé*. Toulouse : Erès, 2000.
- BAUMGARTEN, Alexander Gottlieb. *Aesthetica*. 1750
- BARRIER Guy. *Les langages du corps en relation d'aide*. Paris : ESF Editeur, 2013
- BERNHARD, H. et MILLOT, C. *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi*. In FORESTIER Richard. *L'évaluation en Art-thérapie*. Paris : Ed Elsevier, 2007.
- BROCVIELLE, Vincent. *Le petit Larousse de l'Histoire de l'Art*. Paris : Ed : Larousse, 2013.
- CERVANTES, François. GERMAIN, Catherine. *Le clown Arletti, vingt ans de ravissement*. Paris : Magellan & Cie, 2012.
- CRAPART Fanny. *Le potentiel de l'Art-thérapie dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées*. In FORESTIER Richard. *Profession Art-thérapeute*. Barcelone : Ed Elsevier, 2010, pages 87 à 94.
- DAMASIO, Antonio. *L'autre moi-même, les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Ed Odile Jacob, 2012.
- DE MORAND, Anne. *Pratique de la rééducation neurologique*. Paris : Ed Elsevier, 2014.
- EDWARDS, Betty. *Dessiner grâce au cerveau droit*. 4^{ème} Edition. Broché. 2014.
- FORESTIER, Richard. *L'évaluation en Art-thérapie, pratiques internationales*. Ed. Elsevier. Paris, 2007. 157 pages.
- FORESTIER, Richard. *Profession Art-thérapeute*. Barcelone : Ed Elsevier, 2010. 186 pages.
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Suisse : Ed. Favre SA, 1999. 232 pages.
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'Art occidental*. Suisse, Ed. Favre SA, 2004. 283 pages.
- FORESTIER, Richard. *Regard sur l'Art. Approche épistémologique de l'activité artistique*. Ed. SeeYouSoon, 2006.
- GIBOULET, F. MENGELLE-BARILLEAU, M. *La peinture, retenir l'essentiel*. Paris : Ed : Nathan. 2015
- HENDERSON, Virginia. *La nature des soins infirmiers*. InterEditions, Paris, 1994.
- KANDINSKY, Wassily. *Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier*. Espagne : Ed Denoël, 1989. 204 pages.
- LEMARQUIS, Pierre. *Portrait du cerveau en artiste*. Ed. Odile Jacob, Paris, 2014
- MARAQUIN C. *Handicap : les pratiques professionnelles au domicile*. Ed. Dunod, Paris, 2015, 260 pages.
- MASLOW, A. H. *A Théory oh Human Motivation*, 1943
- MASSOL J, DRUOT J. *IFSI Etudiants, NEUROLOGIE*. Ed. Lamarre. Pays-Bas, 2008. 219 pages.
- MORANGE-MAJOUX, F. *Psycho-physiologie, manuels visuels de licence*. Ed. Dunod, Paris, 2011. 246 pages.
- MANUILA. *Dictionnaire médical*. Paris : Ed. Masson, 1999.
- MUNRO Thomas, *Les Arts et leurs relations mutuelles*, Paris, 1954.
- ODIER Geneviève. *Carl Rogers, être vraiment soi-même*. Paris : Ed Eyrolles, 2013, 203 pages
- PATRICK Paul, GAGNAYRE Rémi. *Rôle de l'art dans les éducations de santé*. Paris : l'Harmatan, 2008.
- PLATON. *La République, traduction Emily Chambry*. Paris : Société d'édition des belles lettres, 1961.
- PLAISANT C. *L'évaluation en art-thérapie, confrontée à celles des autres paramédicaux dans un service de médecine physique et de réadaptation auprès de personnes traumatisées crâniennes graves*. In FORESTIER Richard. *L'évaluation en art-thérapie, pratiques internationales* : Ed Elsevier, Paris, 2007.
- REY-DEBOVE Josette, REY Alain. *Le petit Robert*. Paris : Le Robert, 2013, 1452 pages.
- SACKS, Olivier. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Ed du Seuil, Essais, France, 1988. 312 pages.
- TROLL, Geoffrey. RODRIGUEZ Jean. *L'art-thérapie, pratiques, techniques et concepts*. Paris : Ed. Ellébore, 2012
- WINNICOT Donald. *Du jeu à la réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1971, 276 pages

Mémoires :

- BOISSIERE, Sophie. *Expérience d'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de cérébrolésions au sein d'une maison d'accueil spécialisée*. Tours : AFRATAPEM*. 92 pages. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM* : 2016
- De LAFORCADE, Maÿlis. *Une expérience d'Art-Thérapie à dominante Arts-plastiques auprès de personnes ayant des troubles neurologiques accompagnés d'handicaps physiques lourds*. Tours : AFRATAPEM*. 68 pages. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM* : 2014.
- GIBOUREAU, Claire. *La pratique de l'Art-thérapie à dominante modelage et photographie auprès d'enfants déficients auditifs en classe pour l'inclusion scolaire*. Tours : AFRATAPEM*. 85 pages. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM* : 2014.

- GILLAIZEAU, Annaëlle. *Expérience en art-thérapie à dominantes musique et arts plastiques, auprès de personnes cérébro-lésées souffrant d'un syndrome de dépression réactionnelle, dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle*. Tours : AFRATAPEM*. 74 pages. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM* : 2011.
- ROCHARD, Emily. *Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Art visuels bidimensionnels, poésie et écoute musicale auprès de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral récent*. Tours : AFRATAPEM*. 65 pages. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM* : 2014

Articles en ligne :

- BLOOD, AJ ; ZATORRE RJ. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. [En ligne] PubMed. Disponible sur le World Wide West : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11573015> [Consulté le 8/12/2016]
- COMETE*. Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. *Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive*. [En format PDF] HAS, janvier 2016.
- DUJARDIN, K. *Apathie et pathologies neuro-dégénératives : physiopathologie, évaluation diagn/ostique et traitement*. [En ligne]. Disponible sur le World Wide Web de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/17571020/> [Consulté le 18/11/2016]
- JAMET, C ; HERINIOTTE, C. *Le PIII, au service de la résilience*. In Recherches Infirmiers. *La résilience*. Ed : Arsi, Septembre 2005, n°85. [En ligne] Disponible sur World Wide Web : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-p-62.htm> [Consulté le 18 août 2016]
- JUSTEAU, G. *La dynamique motivationnelle : les quatre sens du mot « sens » pour se motiver à prendre soin de soi*. Revue des Maladies Respiratoires Actualités Volume 6, numéro 3 pages 223-224 (juillet 2014)
- IFSI – Travail de deuil. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsicours/cours-ifsile-travail-de-deuil.html>. [Consulté le 1/12/2016]
- INSERM. *AVC- Accident Vasculaire Cérébral*. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral> [Consulté le 10/12/2016]
- HAZIF-THOMAS C, PHILIPPE T, *La démotivation du sujet âgé*. [En ligne] Gérontologie et société n°121, 2007. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-115.htm> [Consulté le 18/11/2016]
- LEGIFRANCE. *Loi du 11 février 2005 du Code la santé publique*. [En ligne]. Disponible sur le World Wide Web : <https://www.legifrance.gouv.fr/> [consulté le 23/11/2016]
- MIAS, Lucien, *Modèle de Wood*. [En ligne]. Janvier 1995. Disponible sur World Wild Web : <http://papidoc.chic-cm.fr/562incapahandicap.html> [consulté le 17/11/2016]
- OMS*. *Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1946. [En ligne] Disponible sur le World Wide Web : <http://www.who.int/about/fr/> [consulté le 17 septembre 2016]
- RIZZOLATI, Giacomo. Neurons miroirs. Revue Science de la conscience n°29, p 23-24.
- ROCHARD Emily. *AVC : l'art-thérapie intégrée dans la rééducation après des accidents récents*. [En ligne] La Dépêche. Disponible sur le World Wide West : <http://www.ladepeche.fr/article/2016/11/28/2467637-avc-art-therapie-integree-reeducation-apres-accidents-recents.html> [Consulté le 8/12/2016]
- SUIRE, Claire. *L'art du dessin centré*. Santé Yoga n°136 février 2013

Dictionnaires :

- CNRTL* : <http://www.cnrtl.fr>
- Vulgaris Médical : www.vulgaris-medical.com
- Larousse : <http://www.larousse.fr>
- MANUILA. *Dictionnaire médical*. Paris : Ed. Masson, 1999.
- FORESTIER Richard, *petit dictionnaire raisonné de l'art en médecine* [Format PDF] Disponible sur le World Wide Web : <http://art-therapie-tours.net/dictionnaire-de-lart-therapie/>

Conférences :

- CHARDON, Fabrice. *Introduction officielle*. Congrès international d'Art-thérapie. Tours 2016
- COHEN, Laurent. *Le cerveau en pièces détachées*. [Conférence en ligne] Disponible sur le World Wild Web : <https://www.youtube.com/watch?v=o4pyvoSwrDg> [consultée le 17/11]
- PLATEL, Hervé. *Arts et cerveau*. Congrès international d'art-thérapie. Tours 2016

Annexe 1 : Tableau opposant les intérêts des arts plastiques (peinture et collage) et ceux du théâtre au regard des mécanismes humains de l'artiste

		Peinture/Collage	Théâtre
physique	Sensoriel	Sollicite le sens de la vue par la contemplation des œuvres d'Art, des couleurs, des effets de matière comme la brillance de la peinture acrylique, des motifs ou des images et la brillance des papiers. Sens du toucher en lien avec la matière (toucher la toile, le papier, la peinture, le pinceau...), gestes archaïques et répétitifs possibles favorisant les gratifications sensorielles : sensation de l'ordre de l'Art I* Sens de l' ouïe : avec le bruit du frottement du matériel (ex : pinceau sur une toile, le frottement du papier) Sensibilité proprioceptive* mobilisée.	Proprioception : conscience de la place de son corps dans l'espace et sentir la place des autres dans l'espace. Sens de la vue et de l' ouïe particulièrement mobilisés, Peut s'associer à de la musique qui favorise pouvoir d'entraînement. Art I mobilisé
	Moteur	Régulation oculo-motrice Motricité fine : geste, mobilisation du poignet et d'une main. Adaptation de la structure corporelle : tenue de la tête, du cou, du dos, installation en pupitre possible favorisant le redressement. Nécessite l'utilisation du bras sain et peut solliciter le bras paralysé (par exemple en maintenant le support en place.) Le collage nécessite la mobilisation des deux mains, tenue de la tête, du cou et du dos. Installation à plat sur une table favorisant l'indépendance des gestes. Elan corporel et poussée favorisés lors de l'activité motrice	Mobilise le tonus musculaire et le corps en entier. Peut impliquer des postures autant minimalistes qu'importantes. Possibilité d'adaptation aux contraintes physiques de l'artiste. S'exprimer avec son langage corporel et non verbal. Langage verbal : articuler, parler clairement, maîtriser sa voix.
Psychologique	Cognitif	Observation, mobilisation attentionnelle Mobilisation de la pensée , imagination, production d'idées, choix de couleurs, de formes, de modèles, prises de décision, autonomie*, favorise les intentions liées à l'Art II Mobilisation mnésique : mémoire de travail et mémoire à long terme et procédurale, sollicitée par le projet évoqué de séance en séance Mobilisation des fonctions exécutives d'anticipation et de planification des tâches. Contemplation : acte volontaire pouvant développer la faculté critique* et favoriser des gratifications sensorielles Temps de production pouvant être très court ou très long, s'adaptant à la fatigabilité de l'artiste.	Mobilisation de la pensée pour raconter une histoire : mémoire (épisodique, sémantique), imagination, concentration Augmente l' état de veille , l'attention, la qualité de présence . L'artiste ne se voit pas sur scène, cela nécessite d'avoir conscience de soi, d'intérioriser et de se représenter son corps et son image. Accès au symbolique , au jeu , « faire semblant »
	Affectif	Adaptation favorisée : à la matière, aux outils, aux règles techniques (ex : temps de séchage) Expression des ressentis et des préoccupations esthétiques, goûts et personnalité : expression de l'agréable Favorise l'auto-évaluation (« bon », « bien » et « beau ») et l'auto-reconnaissance des compétences mises en œuvre. Elaborer un objet à la fois esthétique* et utile pour le collage Art diachronique qui peut favoriser un engagement dans un projet à court, moyen ou long terme	Nécessite de se mettre en « situations » émotionnelle et/ou sentimentale et le contrôle de ses émotions . Implique d'être dans l' instant présent . Peut instaurer un cadre sécurisant en atelier et une distance émotionnelle est potentiellement accessible par le jeu . Art synchronique favorisant un engagement corporel, cognitif et affectif . Contemplation : engage des processus d'identification et la libération de tensions corporelles chez le spectateur.
Social	Relationnel	Affirmation des choix et des goûts Partager et soumettre au regard de l'autre , accepter son appréciation, Restituer, raconter aux autres. Art diachronique. Laisse une trace dans le temps et dans l'espace. Valorise l'existence . La peinture ou le collage peuvent se faire seul et entraîner un repli sur soi . Une distance physique se fait entre l'auteur et l' objet produit	Art synchronique, implique d'être directement exposé au regard de l'autre. Echanger, déclencher des réactions chez l'autre. Tenir un contact verbal et visuel. Echanger, être en lien avec l'autre sur l'instant. Le théâtre n'existe pas si on est seul. Le théâtre se fait seul (monologue) ou à plusieurs, implique une collaboration , une écoute de l'autre, des capacités de communication et relationnelles . Le théâtre se travaille en atelier de groupe pouvant favoriser un sentiment d'appartenance. L'artiste sur scène est vu et entendu par d'autres personnes, il se montre et existe. Cela peut valoriser son existence. Pas de trace systématique, ou elle peut être audio ou vidéo, renvoyant directement l'artiste à son image , favorisant la conscience de soi et la manière dont on est perçu par les autres.

Annexe 2 : Fiche d'ouverture

NOM		n° chambre		âge		date rencontre:	
indication							
Date entrée				Nbre séjour			
Anamnèse médicale	lésions cérébrales			lésions rhumathologiques			Médecin
	Choc : AVP		Agression		oui non		Cadre infirmiers
	AVC		ischémique hémorragique		gauche droite		orthophoniste
	maladie			lésions orthopédiques			ergothérapeute
	SEP			oui non			kinésithérapeute
	Tumeur cérébrale		latéralité		gauche droite		psychologue
	Parkinson						ASS
	Guilan Baré						Animation
	Autres				antécédants		oui / non
	Non définie				Pill		oui / non
conscience des troubles							
oui partielle non							
Anamnèse familiale	marié <input type="checkbox"/>		conjoint <input type="checkbox"/>		célibataire <input type="checkbox"/>		veuf/ve <input type="checkbox"/>
	enfant(s) <input type="checkbox"/>		petit(s) enfant(s) <input type="checkbox"/>				
	parent(s) <input type="checkbox"/>		frère(s) <input type="checkbox"/>		sœur(s) <input type="checkbox"/>		
	tuteur <input type="checkbox"/>		Aidant		Autres		
	profession				Intention sanitaire		
	statut				goûts		
				Intention esthétique			
le patient a-t-il des difficultés au niveau							
		physique		psychologique		social	
impression	Agnosie		Anosognosie				
	Troubles visuels		Attention				
	Troubles auditifs		hémignégligence gauche droite				
	Fatigabilité		Troubles mnésiques				
	douleur		Trouble spatio-temporel				
sensibilité superficielle (peau)		planification/stratégie				préoccupations	
sensibilité profonde (proprioception)		confusion				replis sur soi	
qualité du sommeil		compréhension					
niveau de dépendance : (GMP*)		langage		aphasie partielle		communication	
continence		apathie					
toilette						comportement	
alimentation		humeur		traitement		Inhibition	
déplacements		anxiété		traitement		agressivité	
rythmicité						Relation familiale/ amicale	
équilibre						isolement	
hémiplégie gauche droite						visites	
tétraplégie						Relation avec soignant	
motricité fine							
apraxie		apragmatie				Relation avec autres patients	
						autonomie (affirmation)	

Annexe 3 : fiche d'observation (recto et verso)

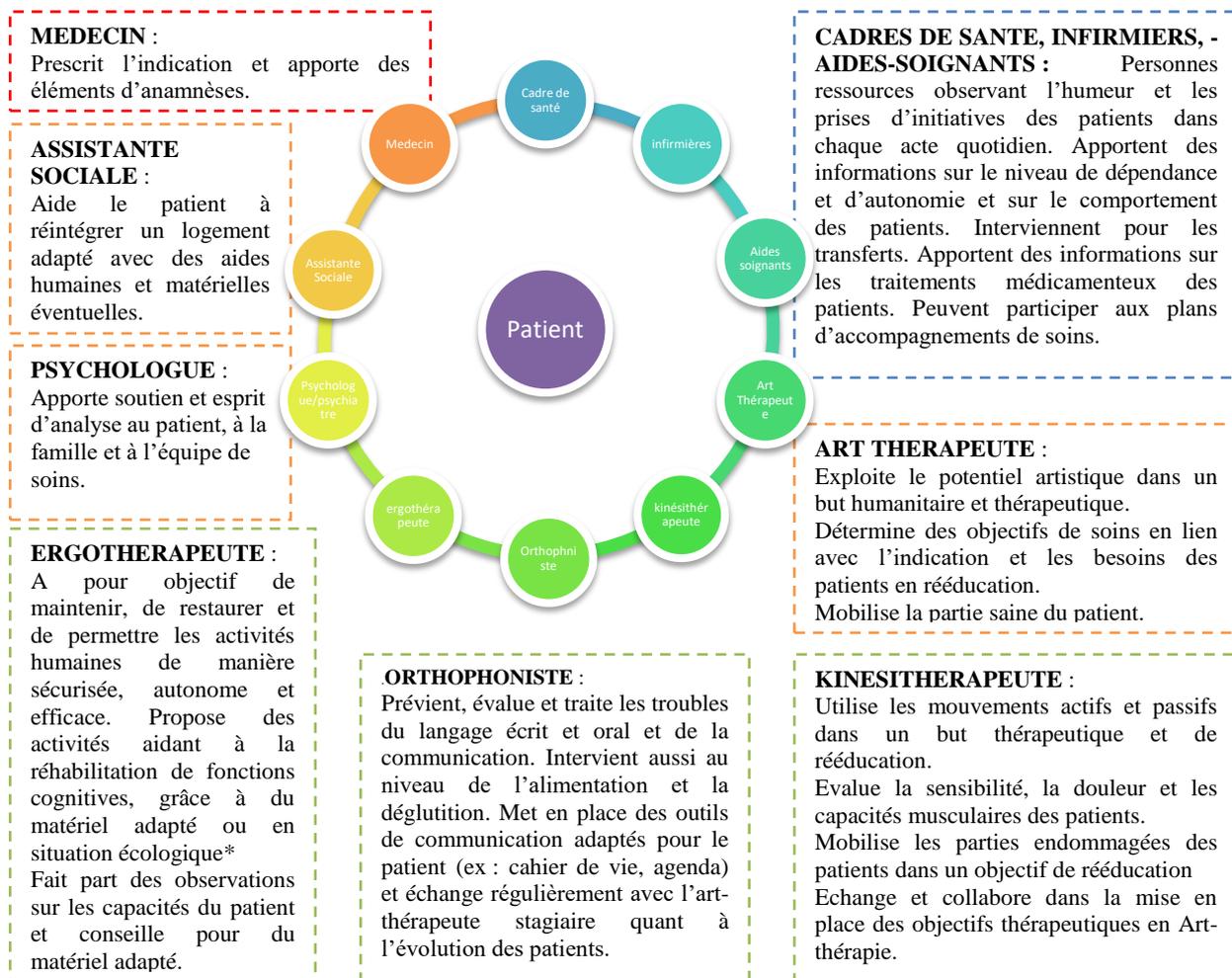
g d n é r a l i t é s	Patient/ N°Séance	Mme Annick		OTG				
	Date/Durée			OTI				
	Humeur/Tp/ Météo			OTS				
	Méthode	Dirigée	semi-dirigée	libre	Ouverte	Situation	Jeu	Exercice
		Thérapeutique	Didactique	Occupationnel	Révéléteur			
	Dominante(s)	nouvel état de base						
	Phénomène(s) associé(s)							
impression	Cotation		1	2	3	4	5	observations/projections
	intention	Auto-évaluation: thymie						
		langage non verbal	très sévère	sévère	moyenne	faible	aucune	
		Auto-évaluation : douleur						
		langage non verbal	très sévère	sévère	moyenne	faible	aucune	
		Auto-évaluation : fatigue	très sévère	sévère	moyenne	faible	aucune	
		langage non verbal	très sévère	sévère	moyenne	faible	aucune	
		rendez-vous attendu	non	hésitations	modérée	suggérée	claire	
		envie de faire	non	hésitations	modérée	suggérée	claire	
		trouble du comportement	prononcé	faible	moyen	faiblement exprimé	aucun	
		continuité, évocation projet en cours	passif/oublié	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	spontanée	spontanée et intense	
		participation au transfert	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	spontanée avec pauses	spontanée et intense	
		début de l'activité	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	spontanée avec pauses	initiale et spontanée	
		mobilisation matrice (durée/temps de référence)	< 5 min	5 min	10 min	15 min	> 15 min	
		mobilisation attentionnelle	très peu	fortement interrompue	interrompue	légèrement interrompue	continue	
		demandes/idées exprimées	aucune	une fois	deux fois	> 2 fois	> 2 fois et suivie d'une action	
		Adaptation structure corporelle	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	spontanée avec pauses	spontanée et intense	
Prises d'initiatives		aucune	une fois	deux fois	> 2 fois	fréquentes		
A l'écoute des conseils	refus	indifférent			applique			

Expression		utilise sa mémoire	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	quelques fois, spontanément	fréquente et spontanée	
		utilise son imagination	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	quelques fois, spontanément	fréquente et spontanée	
		les sens stimulés: touche, observe, écoute....	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	quelques fois, spontanément	fréquente et spontanée	
		Fin de l'atelier	stopé tôt par le patient	désir non exprimé verbalement		commun accord	amitié par le th	
	production	expressions de l'affirmation de soi						
			Affirmation goûts	pas envie	ne sait pas	timide	exprimés	prononcée
			faire des choix	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	spontanée avec peuses	spontanée et intense
			discussion	passif	un peu avec bcp de sollicitations	avec quelques sollicitations	spontanée avec peuses	spontanée et intense
			auto-évaluation "Beau"	 pas beau	 un peu	 moyen	 beau	 très beau
		expression de la confiance en soi						
			auto-évaluation "Bien"	 pas bien	 un peu	 moyen	 bien	 très bien
		expressions de l'amour de soi						
			auto-évaluation "Bon"	 pas agréable	 un peu	 moyen	 agréable	 très agréable
			qualité du moment	 pas agréable	 un peu	 moyen	 agréable	 très agréable
		Auto-évaluation: thymie en fin de séance	 très mal	 mal	 Moyen	 Bien	 Très bien	
		Auto-évaluation : douleur en fin de séance	 très sévère	 sévère	 moyen	 douleur faible	 aucune douleur	
		devenir de la production	veut la jeter	indifférent	me la confie	désir la garder	désir la montrer aux autres	
		signature	refuse	beaucoup d'hésitations	hésitation	1 sollicitation	spontanément	
	trace écrite (titre, mot à un proche...)	refuse	beaucoup d'hésitations	hésitation	1 sollicitation	spontanément		
	PAS, visites au service animation	refuse	hésitations	semble intéressé	de plus en plus	fréquentes		
Bilan/projections								

Annexe 4 : Tableau présentant des recherches effectuées sur l'art-thérapie moderne à dominantes Art-plastique ou théâtre auprès de personnes victimes de lésions cérébrales

Nom	Maÿlis De Laforcade	Emily Rochard	Sophie Boissière
Année	2014	2014	2016
Lieu	Séjours d'hospitalisation courts en Centre de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation.	Hospitalisation courte en Service de Soins de Suite et de Réadaptation.	Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) lieu de vie
Public	Personnes victimes de lésions cérébrales acquises depuis plusieurs années	Personnes victimes de lésions cérébrales acquises et récentes	Personnes victimes de lésions cérébrales acquises depuis plusieurs années, en situation de grande dépendance
Dominante artistique	Arts plastiques	Arts visuels bidimensionnels, poésie et musique	Théâtre
Hypothèse	L'art-thérapie peut permettre d'augmenter l'estime de soi des personnes atteintes de troubles neurologiques et/ou d'un handicap physique	L'art-thérapie peut aider une personne ayant subi un AVC récent à rééduquer sa qualité existentielle et recouvrer une partie de son autonomie*	l'art-thérapie peut prétendre à renforcer l'estime de soi, à encourager l'autonomie* et à améliorer la qualité de vie*, en rendant « la situation de dépendance moins pénible »
Bilan	L'art-thérapie peut contribuer à redonner l'élan aux personnes pour améliorer leur qualité de vie et leur rééducation. Le travail pluridisciplinaire est fondamental.	L'art-thérapie semble avoir contribué à l'amélioration de la confiance en soi, la valorisation des capacités préservées, la rééducation, l'amélioration de l'humeur, la réduction de l'anxiété et de l'agressivité. Il est nécessaire de confirmer ses résultats en poursuivant la recherche scientifique, ainsi que de vérifier la nécessité de poursuivre à distance en complément avec la rééducation traditionnelle en intervenant au domicile des patients.	Le temps de prise en charge fut trop restreint pour évaluer les bienfaits de l'art-thérapie, mais les résidents ont signifié leur envie de s'engager durablement dans un projet artistique.

Annexe 5 : Schéma de l'intégration de l'Art-thérapeute Stagiaire dans l'équipe pluridisciplinaire



Annexes 6 : photos de l'expérience en art-thérapie au Clos St Victor



M. Robert peint au couteau



Productions de M. Robert affichées au mur de sa chambre



Chariot de matériel de l'art-thérapeute stagiaire



Modelages d'argile de M. Pierre



Production de Mme Annick



Séance collective



Production collective



Production de Mme Françoise affichée sur sa porte de chambre



Jeu de mime pour Mme Sylviane et M. Jean

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTES ARTS PLASTIQUES ET THEATRE DANS UN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE, AUPRES DE PERSONNES VICTIMES DE LESIONS CEREBRALES.

Les personnes victimes de lésions cérébrales acquises peuvent avoir de multiples déficits aux niveaux sensoriels, moteurs et cognitifs. Ceci peut impacter les trois entités qui composent l'être humain et sa bonne santé, à savoir les dimensions physiques, psychiques et sociales, pouvant modifier considérablement leur qualité de vie. Ces personnes sont hospitalisées en Centre de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation dans l'objectif de récupérer leurs capacités. Ils se retrouvent brutalement en situation de dépendance et en perte d'autonomie, mais doivent pour autant rester actifs dans leur démarche de soins. Le traumatisme de la lésion cérébrale induit une dégradation de l'élan corporel et de la saveur existentielle, défavorisant l'implication dans la rééducation. L'art-thérapie à dominante arts plastiques et théâtre pourrait jouer un rôle dans l'amélioration de l'élan et de la saveur en centre de rééducation. Elle pourrait aussi agir dans ce sens après la sortie de l'établissement et accompagner ces personnes dans leur réadaptation, leur réinsertion et la prise de conscience de leurs difficultés, en intervenant notamment à leur domicile.

**Mots clés : lésions cérébrales – déficits – rééducation – art-thérapie – arts plastiques -
théâtre - élan corporel – saveur existentielle – adaptation - domicile**

AN ART THERAPY EXPERIMENT, PREDOMINANTLY IN PLASTIC ARTS AND DRAMA IN A REHABILITATION CENTER, WITH PEOPLE VICTIMS OF BRAIN DAMAGES.

Brain-damaged people can have multiple sensory, cognitive, or motor deficiencies. This may impact the three elements that form the human beings and their health, namely the physical, psychological and social dimensions, thus significantly changing their quality of life. Those people are hospitalized in a « Centre de rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation » so as to get all their former abilities back. They suddenly find themselves dependent, in a situation where they lose their autonomy, however they have to remain active in their care process. Yet, brain-damage trauma implies a deterioration of the physical momentum and zest for living. This may prevent their implication in their own rehabilitation. Art-Therapy that mainly uses drama and plastic arts could improve those points. It could also help those patients after leaving the hospital by helping them in their readjustment, their rehabilitation and the awareness of their difficulties, especially by taking place in their homes.

**Key-Words : Brain damages – lacks- reeducation- art-therapy- plastic art – drama-
physical momentum- zest for living- adjustment - home**